



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ

th PANHELLENIC
CONGRESS
OF CARDIOLOGY

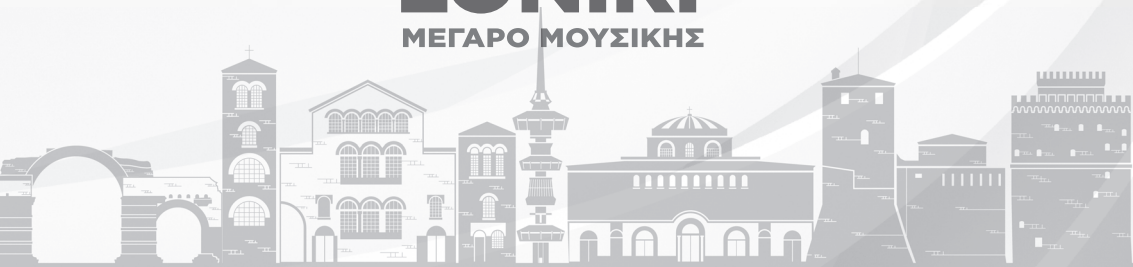
ΒΙΒΛΙΟ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

12-14

/ 10
2023

THESSA
LONIKI

ΜΕΓΑΡΟ ΜΟΥΣΙΚΗΣ





ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ

th PANHELLENIC
CONGRESS
OF CARDIOLOGY

ΒΙΒΛΙΟ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Index

A			
Alexiou, D.	AA029	Chiladakis, I.J.	AA009
Anastasiou, V.	AA057, AA066, AA136, ΠΑ137, ΠΑ169, ΠΑ178	Chourdakis, E.	ΠΑ109
Angelaki, M.	AA161	Christakos, D.	ΠΑ048
Angelopoulou, S.M.	AA181	Christou, A.	AA161
Anthi, A.	EA001	Chrysakis, N.	AA052
Antiochos, P.	ΠΑ076	Collet, C.	EA012
Antoniou, C.K.	ΠΑ004, ΠΑ048	D	
Arangalage, D.	ΠΑ076	Daios, S.	AA057, AA066, AA136, ΠΑ137, ΠΑ169
Areti, F.	AA092, ΠΑ099	De Bruyne, B.	EA012
Argyriou, M.	ΠΑ120	De Hemptinne, Q.	ΠΑ174
Arsenos, P.	ΠΑ003	Dedeilias, P.	ΠΑ120
Arvanitaki, A.	EA001	Delgado, V.	AA136, ΠΑ137
Aslam, M.	AA184	Demerouti, E.	EA001, EA002
Athanasίου, T.	ΠΑ075	Derval, N.	EA003
B		Didagelos, M.	AA136, ΠΑ169
Balaskas, D.	AA052	Dimitroula, V.	ΠΑ004
Baltogiannis, G.	AA124	Dontas, C.	AA124
Barpagiannos, K.	AA057	Doumas, M.	ΠΑ069, ΠΑ167
Batsouli, A.	EA001	Doundoulakis, I.	ΠΑ003, ΠΑ004, ΠΑ048
Bechlioulis, A.	AA132, ΠΑ093	Duchateau, J.	EA003
Bekiaridou, A.	ΠΑ058	E	
Benjamin, H.	ΠΑ121	Efstathopoulos, A.	ΠΑ061
Bonios, M.	ΠΑ066	Efthimiadis, G. K.	AA057
Botis, I.	AA066	F	
Botis, M.	ΠΑ004, ΠΑ048	Farmakis, I.	EA001
Bourazana, A.	AA052	Faselis, C.	ΠΑ008, ΠΑ012, ΠΑ069, ΠΑ167
Boutopoulos, I.	ΠΑ175	Flessa, K.	AA161
Briasoulis, A.	ΠΑ075	Fournier, S.	EA012
Briki, R.	ΠΑ174	Fragkakis, N.	ΠΑ058
Brili, S.	EA001	Frantzeskaki, F.	EA001
C		Frogoudaki, A.	EA001
Candrea, A.	EA012	Ftikos, P.	AA092, ΠΑ099
Chaldoupis, A.	AA161	G	
Chalkitis, V.	ΠΑ004	Gartzonikas, I.	AA048, ΠΑ093
Chasikidis, C.	ΠΑ048	Gatzoulis, K. A.	ΠΑ003, ΠΑ004
Chatzieleftheriou, C.	ΠΑ107	Georgiou, G.	AA132
Chatzis, D.	ΠΑ061	Giamouzis, G.	AA052, ΠΑ075
Cheilas, V.	AA187		

Index

Giannakoulas, G.	AA066, EA001, ΠΑ058, ΠΑ137	Katsioulis S.	EA002
Giannopoulos, G.	AA066	Katsimagklis, G.	AA124
Gossios, T.	AA057	Kiokas, S.	AA052
Gouliaros, N.	ΠΑ107	Kokkinos, Ch.	ΠΑ175
Gourgiotis, P.	EA001	Kokkinos, P.	ΠΑ008, ΠΑ012, ΠΑ069, ΠΑ167
Grassos, Ch.	ΠΑ008, ΠΑ012, ΠΑ069, ΠΑ167	Kokotsakis, I.	ΠΑ120
H		Kolettis, Th.	ΠΑ048, ΠΑ061
Haïssaguerre, M.	EA003	Koliastasis, L.	ΠΑ003, ΠΑ174
Hamouche, R.	ΠΑ066	Kolonia K.	AA092, ΠΑ099
Honton, B.	ΠΑ124	Kordalis, A.	ΠΑ003, ΠΑ004
Hyphantis, Th.	AA132	Korosoglou G.	ΠΑ121, ΠΑ124
I		Kosmas, I.	AA029
Iakovou, I.	AA029, EA002	Kosmidis, D.	ΠΑ107
Iliakis, P.	ΠΑ048	Kostelidou Th.	EA002
J		Kotsakis, Th.	ΠΑ004
Jaffer, U.	AA184	Koudounis, G.	ΠΑ004
Jaïs, P.	EA003	Kouremenos, N.	AA124, ΠΑ008, ΠΑ167
Jeroen, B. J	ΠΑ169	Koutelou M.	EA002
K		Koutsouroumpa, O.	ΠΑ058
Kachrimanidis, I.	ΠΑ076	Kratimenos, Th.	ΠΑ120
Kafkas, N.	ΠΑ004	Kyfnidis, K.	ΠΑ012, ΠΑ167
Kallistratos, E.	ΠΑ012, ΠΑ167	L	
Kamperidis, V.	AA057, AA066, AA136, ΠΑ137, ΠΑ169	Lakkas, L.	AA048, ΠΑ093
Kapsokoli, C.	ΠΑ008, ΠΑ167	Lampropoulos, D.	ΠΑ175
Karagiannidis, E.	AA066, ΠΑ058	Leite, A.R.	ΠΑ024
Karamitsos, Th.	AA057, AA066, ΠΑ137	Leontiadis, E.	AA029
Karampas, A.	AA132	Leontsinis, I.	EA001, ΠΑ004, ΠΑ048
Karaolanis, G.	ΠΑ061	Leventis, I.	AA052
Karapanagiotou O.	EA002	Liatsos, A. C.	AA136, ΠΑ169
Kardakari, O.	AA048	Liberopoulos, E.	AA124
Karyofyllis, P.	EA001, EA002	Lichtenberg, M.	ΠΑ121, ΠΑ124
Kassimis, G.	ΠΑ058	Liverakou, E.	ΠΑ120
Katogiannis, K.	AA087	Logotheti, A.	ΠΑ120
Katsaridis, S.	AA092, ΠΑ099	M	
Katsiadis, N.	AA052	Magouliotis, D.	ΠΑ075
		Mahendiran, Th.	EA012
		Mancsiczky, A.	AA143
		Maneta, E.	ΠΑ004
		Manginas, A.	EA001

Index

Manolis, A.	ΠΑ012, ΠΑ167	Pastirmatzi, E.	ΠΑ107
Manousopoulos, K.	ΑΑ034	Patris, V.	ΠΑ120
Mantas, C.	ΑΑ132	Patsilidakos, S.	ΑΑ124
Massia, D.	ΑΑ124	Perreas K.	ΑΑ092, ΠΑ099
Mastoridou, E.	ΠΑ061	Petaloudis, P.	ΠΑ120
Maurizi, N.	ΠΑ076	Petrikis P.	ΑΑ132
Mavridis, D.	ΠΑ058	Pisimissis, E.	ΑΑ124
Michalis, L.	ΑΑ048, ΑΑ132, ΠΑ093	Pittaras, A.	ΠΑ008, ΠΑ012, ΠΑ069, ΠΑ167
Miliopoulos, D.	ΑΑ029	Plakoutsis, M.	ΑΑ132
Mitrouska, I.	ΕΑ001	Poulimenos, L.	ΠΑ008
Moysidis, D. V.	ΑΑ057, ΑΑ136, ΠΑ137, ΠΑ169	R	
Mpechlioulis, A.	ΑΑ048, ΠΑ093	Ramos, A.	ΑΑ048, ΑΑ132, ΠΑ093
Muller, O.	ΕΑ012, ΠΑ076	Rorris, F.P.	ΠΑ120
N		Roussos, D.	ΠΑ004
Naka, K.	ΑΑ048, ΑΑ132, ΠΑ093, ΠΑ093	Roussakis A.	ΠΑ092, ΠΑ099
Nakashima, T.	ΕΑ003	S	
Nikas, D.	ΠΑ061	Sacher, F.	ΕΑ003
Nikopoulos S.	ΠΑ061	Sakellariou, X.	ΠΑ061
Noirclerc, N.	ΕΑ012	Sakellaropoulou, A.	ΑΑ161
Ntakoula, I.	ΠΑ093, ΠΑ093	Samara, K.	ΠΑ107
O		Samanidis G.	ΑΑ092, ΠΑ099
Oikonomou, G.	ΠΑ048	Samaras, A.	ΠΑ058
Oikonomou, K.	ΠΑ061	Samiotis, I.	ΠΑ120
Olivotto, I.	ΠΑ076	Saplaouras, A.	ΑΑ187
Orfanos, S.	ΕΑ001	Sarafidis, P.	ΑΑ136
P		Savopoulos, Ch.	ΑΑ136, ΠΑ169
Pambrun, Th.	ΕΑ003	Sawafta, A.	ΑΑ052
Papachrysostomou, Ch.	ΠΑ004	Selzman, C.	ΠΑ066
Papadopoulos, G.	ΕΑ001	Serafim, P.	ΑΑ161
Papadopoulos, N.	ΑΑ124	Sertis, Th.	ΠΑ107
Papakonstantinou, K.	ΠΑ120	Sfairopoulos, D.	ΠΑ061
Papakonstantinou, P.	ΠΑ048	Shankar, T.	ΠΑ066
Papamichalis, M.	ΑΑ052	Shuvy, M.	ΠΑ060
Papavasileiou, M.	ΠΑ167	Sidiropoulos, G.	ΠΑ004
Papazoglou, An.	ΑΑ057, ΠΑ058, ΠΑ137, ΠΑ169	Sidiropoulou, E.	ΑΑ161
Pappa, E.	ΑΑ124	Sioros, S.	ΑΑ132
		Skalidis, E.	ΠΑ076
		Skalidis, I.	ΕΑ012, ΠΑ076
		Skantzikas, P.	ΠΑ004

Index

- Skopeliti, N. AA052
- Skoularigis, J. AA052, ΠΑ075
- Smyrnioudis, N. ΠΑ048
- Sopova, K. ΠΑ021, ΠΑ066
- Soulaidopoulos, S. ΠΑ003
- Spiliopoulos, K. ΠΑ075
- Stalikas, N. AA066, AA136, ΠΑ137
- Stamatopoulou, V. ΕΑ001
- Standfield, N. AA184
- Stanitsa, N. ΠΑ120
- Starling, R. ΠΑ075
- Stefanidis, Ch. ΠΑ107
- T**
- Thanopoulos A. AA092, ΠΑ099
- Theodorakos A. ΕΑ002
- Theodoridou, P. ΠΑ107
- Theodosopoulou, Ch. AA161
- Tomais, D. ΠΑ120
- Touloupis, P. ΠΑ061
- Toumpanos, D. ΠΑ107
- Triposkiadis, F. ΠΑ075
- Tsalikakis, D. AA136, ΠΑ137
- Tsangaris, I. ΕΑ001
- Tselempis, Th. ΠΑ107
- Tsetika, E.G. ΕΑ002, AA187
- Tsiachris, D. ΠΑ003, ΠΑ004, ΠΑ048
- Tsiapras, D. ΕΑ002
- Tsimos, K. ΠΑ061
- Tsioufis, K. ΠΑ003, ΠΑ004, ΠΑ048, ΠΑ076
- Tsioufis, P. ΠΑ003, ΠΑ004, ΠΑ048
- Tual-Chalot, S. ΠΑ021, ΠΑ066
- Tzikas, A. ΠΑ058
- V**
- Vangelakou, K. AA052, AA052
- Vassilikos, V. AA066
- Vlachakis, P. ΠΑ004, ΠΑ048
- Vlachos, K. ΕΑ003
- Vrachliotis Th. ΕΑ002
- Voudris, V. ΕΑ002
- X**
- Xanthopoulos, A. AA052, ΠΑ075
- Xaplanteris, P. ΠΑ174
- Xintarakou, A. ΠΑ003
- Z**
- Zarifis, I. ΠΑ008
- Zegkos, Th. AA136
- Ziakas, A. AA057, AA066, AA136, ΕΑ001, ΠΑ137, ΠΑ169, ΠΑ178
- Zimprounoumi, N. ΕΑ001
- Zotos, P.A. ΠΑ075
- A**
- Αβρααμίδης, Π. AA012, AA186
- Αβραμίδης, Θ. ΠΑ146
- Αγγελάκη, Μ. AA195, ΠΑ046, ΠΑ116, ΠΑ147, ΠΑ176
- Αγγέλη, Κ. AA033, AA041, AA043, AA064, AA073, AA090, AA102, AA114, AA133, AA168, AA176, ΕΑ005, ΠΑ032, ΠΑ056, ΠΑ060, ΠΑ072, ΠΑ123, ΠΑ130, ΠΑ136, ΠΑ139, ΠΑ149
- Αγγελής, Γ. ΠΑ031
- Αγγελιδάκης, Λ. AA079, AA177, ΠΑ021
- Αγγελόπουλος, Α. AA081
- Αγγελοπούλου, Σ. Μ. AA181, ΠΑ151
- Αγγελοπούλου, Σ. AA042
- Αδαμίδης, Π. Σ. ΠΑ156
- Αδαμόπουλος, Σ. ΠΑ128, ΠΑ132
- Αδαμοπούλου, Ε. AA063, AA065
- Αζναουρίδης, Κ. AA030, AA031, AA040, AA041, AA168, AA176, ΠΑ011, ΠΑ060
- Αθανασόπουλος, Γ. ΠΑ097, ΠΑ179
- Αθανασόπουλος, Σ. ΠΑ162
- Αϊβαλιώτη, Ε. AA122, ΠΑ021
- Ακίλ, Ι. AA116
- Αλ-Καγιέτ, Σ. AA044, AA046, ΠΑ054, ΠΑ126
- Αλεξάκου, Ζ. ΠΑ031

Index

Αλεξανδράτου, Μ.	ΑΑ042	Αντωνόπουλος, Α.	ΑΑ081, ΑΑ185, ΠΑ077, ΠΑ177
Αλεξανδρής, Σ.	ΑΑ195, ΠΑ046, ΠΑ116	Αντωνοπούλου, Σ.	ΑΑ134
Αλεξανδρίδης, Γ.	ΕΑ008, ΠΑ088	Αποστολάκη, Β.	ΑΑ153, ΠΑ096, ΠΑ135, ΠΑ148
Αλεξανδρόπουλος, Χ.	ΑΑ156	Αποστολίδης, Λ.	ΑΑ044, ΑΑ046
Αλέξη, Ε.	ΑΑ076	Αποστολοπούλου, Ε.	ΑΑ134
Αλεξίου, Δ.	ΑΑ157	Αποστολοπούλου, Σ.	ΑΑ182, ΠΑ086, ΠΑ088
Αλεξίου, Ε.	ΑΑ083, ΑΑ147, ΠΑ166	Αποστολός, Α.	ΠΑ011, ΠΑ016, ΠΑ020, ΠΑ056, ΠΑ064, ΠΑ114, ΠΑ131, ΠΑ139
Αλεξίου, Σ.	ΑΑ051, ΑΑ152	Αραβανής, Ν.	ΠΑ077
Αλεξόπουλος, Δ.	ΑΑ169, ΠΑ118	Αραβαντινός, Δ.	ΑΑ024, ΑΑ027, ΠΑ062
Αλεξοπούλου, Α.	ΠΑ072, ΠΑ130	Αρβανιτάκη, Α.	ΑΑ181, ΠΑ103, ΠΑ104
Αλετράς, Γ.	ΑΑ055, ΑΑ056, ΑΑ150, ΑΑ151, ΑΑ190, ΠΑ027, ΠΑ102, ΠΑ133, ΠΑ152, ΠΑ171	Αρβανιτίδης, Π.	ΑΑ036, ΑΑ175
Αλευρούδης, Ι.	ΕΑ008	Αργυρίου, Μ.	ΑΑ172, ΠΑ168, ΠΑ168, ΠΑ168
Αλιφράγκη, Α.	ΑΑ017, ΠΑ023	Αργυρίου, Ν.	ΑΑ135, ΠΑ022, ΠΑ155, ΠΑ170
Άλλιος, Δ.	ΠΑ035, ΠΑ038	Αργυρόπουλος, Κ.	ΠΑ055
Αμπελιώτης, Μ.	ΑΑ095, ΑΑ112, ΠΑ002, ΠΑ154, ΠΑ157	Αρματάς, Γ.	ΑΑ117, ΠΑ044
Αναγνωστόπουλος, Ι.	ΑΑ172	Αρμένης, Ι.	ΠΑ097, ΠΑ128, ΠΑ179
Αναγνωστοπούλου, Ε.	ΑΑ138	Αρμούλαγος, Σ.	ΑΑ006
Αναγνωστοπούλου, Π.	ΑΑ012	Αρνάς, Ν.	ΑΑ074, ΑΑ096, ΑΑ101, ΑΑ110, ΑΑ141, ΠΑ057, ΠΑ119, ΠΑ138
Αναλυτή, Α.	ΑΑ172	Αρσενίου, Α.	ΠΑ115
Αναστασάκης, Α.	ΑΑ192, ΠΑ077	Αρσενός, Π.	ΑΑ002, ΑΑ154, ΠΑ001
Αναστασίου Α.	ΠΑ145	Αρχοντάκης, Σ.	ΠΑ052, ΠΑ149
Αναστασίου, Β.	ΑΑ042, ΕΑ006, ΠΑ024	Αρχοντίκης, Α.	ΑΑ069, ΑΑ074, ΑΑ075, ΑΑ113, ΑΑ141
Αναστασίου, Γ.	ΠΑ156	Ασημακόπουλος, Κ.	ΑΑ013
Αναστασίου, Θ.	ΠΑ018	Ασημακόπουλος, Σ.	ΑΑ013
Αναστασίου, Ι.	ΑΑ012, ΑΑ179, ΠΑ013	Ασκαλίδη, Τ.	ΑΑ088, ΠΑ126
Αναστασίου, Μ.	ΠΑ159	Αστάρας, Α.	ΠΑ045
Αναστασοπούλου, Ι.	ΠΑ029	Ατρασκεβίτς, Κ.	ΠΑ146
Ανδριάνης, Δ.	ΑΑ165, ΑΑ174	Αφενδούλης, Δ.	ΑΑ095, ΑΑ112, ΠΑ002, ΠΑ154, ΠΑ157
Ανδρικού, Ι.	ΑΑ019, ΑΑ026, ΑΑ135, ΠΑ017	B	
Ανδριώτη, Ν.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ143	Βαβουρανάκης, Ε.	ΕΑ007, ΠΑ007, ΠΑ074, ΠΑ145
Άνη, Α.	ΠΑ098	Βαβουρανάκης, Μ. Α.	ΕΑ007
Άννινος, Ε.	ΑΑ148		
Ανουσάκης Βλαχοχρήστου, Ν.	ΑΑ098		
Αντωνιάδης, Α.	ΑΑ004, ΑΑ163, ΕΑ008, ΠΑ009		
Αντωνιάδου, Α.	ΑΑ006, ΑΑ087, ΠΑ019, ΠΑ080		
Αντωνίου, Χ. Κ.	ΑΑ002, ΑΑ154, ΕΑ004, ΕΑ004, ΠΑ001, ΠΑ050		

Index

Βαζακίδης, Π.	ΠΑ151	Βλαχάκης, Π. Κ	ΑΑ135, ΑΑ137, ΑΑ144, ΠΑ022, ΠΑ032, ΠΑ092, ΠΑ177
Βαζιουράκης, Β.	ΠΑ140	Βλαχομήτρος, Δ.	ΑΑ106, ΑΑ111, ΠΑ044, ΠΑ083
Βαϊνά, Σ.	ΠΑ011, ΠΑ110	Βλαχοπάνος, Γ.	ΑΑ047
Βάκκα, Α.	ΠΑ028	Βλαχόπουλος, Χ.	ΑΑ002, ΑΑ030, ΑΑ031, ΑΑ081, ΑΑ086, ΑΑ185, ΠΑ001, ΠΑ072, ΠΑ077, ΠΑ092, ΠΑ155, ΠΑ170
Βαλαής, Ι.	ΑΑ039	Βλαχοπούλου, Δ.	ΠΑ053
Βαλάκη, Π.	ΑΑ083, ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ093, ΑΑ094, ΑΑ140, ΑΑ147, ΑΑ182, ΠΑ086, ΠΑ094	Βλαχοπούλου, Ε.	ΠΑ156
Βαλασιάδης, Δ.	ΑΑ107, ΑΑ189	Βλάχος, Π.	ΠΑ128
Βαλατσού, Α.	ΑΑ133, ΑΑ176, ΠΑ072, ΠΑ092, ΠΑ129, ΠΑ130	Βογιατζάκης, Ν.	ΑΑ154, ΠΑ016
Βαρελάς, Π.	ΑΑ034, ΑΑ035, ΑΑ039	Βογιατζή, Γ.	ΕΑ007
Βαρλάμος, Χ.	ΑΑ169, ΠΑ118	Βογιατζής, Ι.	ΑΑ060, ΑΑ159, ΠΑ141
Βάρσος, Α.	ΑΑ010	Βόλης, Ν.	ΑΑ047
Βαρτελά, Β.	ΠΑ078, ΠΑ097, ΠΑ128, ΠΑ132	Βοντετσάνος, Α.	ΠΑ145
Βαρώνος, Α.	ΠΑ142	Βορδώνη, Α.	ΑΑ047, ΑΑ137, ΠΑ032, ΠΑ092
Βασιλάκου, Ν. Τ.	ΠΑ166	Βόσσος, Ι.	ΠΑ015
Βασιλειάδης, Κ.	ΑΑ104, ΑΑ194, ΠΑ143	Βούγια, Δ.	ΑΑ014
Βασιλειάδου, Α.	ΑΑ067, ΑΑ075, ΑΑ109, ΑΑ113, ΠΑ138	Βούδρης, Β.	ΑΑ071, ΠΑ077, ΠΑ142
Βασιλικός, Β.	ΑΑ002, ΑΑ155, ΕΑ008, ΠΑ001, ΠΑ009, ΠΑ010, ΠΑ082, ΠΑ084, ΠΑ178	Βουλοάγκας, Ι.	ΠΑ053
Βασιλόπουλος, Α.	ΠΑ005, ΠΑ047	Βουτας, Π.	ΑΑ095, ΑΑ112, ΠΑ002, ΠΑ154, ΠΑ157
Βασιλόπουλος, Δ.	ΑΑ133	Βρέντζος, Ε.	ΠΑ025
Βασσάκη, Μ.	ΑΑ063	Βρεττού, Α.Ρ.	ΠΑ083
Βαφία, Χ.	ΠΑ156	Βρουλιδάκη, Μ.	ΑΑ134
Βελισάρης, Γ.	ΑΑ062	Βυθούλκας, Δ.	ΠΑ070
Βέλλιου, Μ.	ΑΑ045, ΑΑ054, ΠΑ034	Βυθούλκας Μπιώτης, Ν.	ΠΑ018
Βέμμος, Κ.	ΑΑ138	Βυσσούλης, Γ.	ΠΑ018
Βενετσάνος, Δ.	ΠΑ149	Γ	
Βενετσιάνου, Α.	ΑΑ134	Γαβριελάτος, Γ.	ΑΑ074, ΑΑ142, ΠΑ041, ΠΑ057, ΠΑ119
Βεργόπουλος, Σ.	ΑΑ155, ΕΑ008	Γαβριελάτου, Ν.	ΠΑ055
Βέρρας, Χ.	ΑΑ045, ΑΑ049, ΠΑ034	Γαζούλη, Μ.	ΠΑ159
Βιζιριανάκης, Ι.	ΕΑ010	Γαλάνης, Π.	ΑΑ138
Βιλλιώτης, Ε.	ΑΑ070, ΑΑ145, ΑΑ146, ΠΑ079	Γαλατάς, Α.	ΠΑ088
Βιττωράκης, Ε.	ΑΑ003, ΑΑ173	Γανοπούλου, Μαρία	ΕΑ010
Βλαντ, Ντ.	ΑΑ143, ΑΑ196, ΠΑ030	Γαργάνη, Κ.	ΑΑ046, ΠΑ054
Βλάχης, Ν.	ΕΑ007		
Βλαστός, Δ.	ΠΑ083		

Index

Γαρδικιώτη, Β.	AA030, AA031, AA065, AA069, AA074, AA075, AA096, AA109, AA113, AA188	Γιωτοπούλου, Ι.	ΠΑ039, ΠΑ040
Γαρίδας, Γ.	AA055, AA190, ΠΑ102, ΠΑ152	Γκαλιταγκούση, Ε.	AA018
Γαρουφαλής, Σ.	AA112, ΠΑ157	Γκαμάλια, Ζ.	AA138
Γερονικολού, Σ.	AA072	Γκατζούλης, Κ.	AA002, AA154, ΕΑ004, ΠΑ001, ΠΑ050
Γεωργακόπουλος, Α.	AA060, AA159, ΠΑ141	Γκίκα, Ε.	ΠΑ030
Γεωργιάδου, Π.	ΠΑ128	Γκινή, Κ.Π.	AA010, AA030, AA031, AA180
Γεωργιόπουλος, Γ.	AA078, AA079, AA122, AA177, ΕΑ011, ΠΑ021, ΠΑ066, ΠΑ073, ΠΑ162	Γκόγκος, Α.	AA062, AA068
Γεωργίου, Χ.	AA045, ΠΑ034	Γκολιοπούλου, Α.	ΠΑ074, ΠΑ145, ΠΑ159
Γεωργόπουλος, Κ.	ΠΑ053	Γκοντέβα, Μ.	ΠΑ097
Γεωργοπούλου, Θ.	AA055, AA056, AA190, ΠΑ027, ΠΑ102, ΠΑ133, ΠΑ152	Γκουζιούτα, Α.	ΠΑ128, ΠΑ132
Γιάγκου, Κ.	AA142, ΠΑ138	Γκουλέτσου, Ζ.	AA076
Γιακουμή, Α.	AA089, ΠΑ125	Γκουντάρα, Α.	ΠΑ042
Γιαλαμάς, Ι.	ΠΑ074, ΠΑ145	Γκουντέλας, Γ.	AA189
Γιαλέλη, Φ.	AA073, ΕΑ005, ΠΑ072, ΠΑ130, ΠΑ136	Γκουντή, Γ.	AA118, AA119, AA197
Γιάλλουρος, Π.	AA012	Γκρούτσης, Α.	ΠΑ166
Γιαμούζης, Γ.	ΠΑ033, ΠΑ051	Γόγολας, Β.	AA070, AA145, AA146, ΠΑ079
Γιαμπατζής, Β.	ΠΑ067, ΠΑ071	Γουλιές, Α.	AA108
Γιαννακοπούλου, Α.	AA080, AA099, AA178, ΠΑ091	Γουναρίδη, Μ. Ι.	ΠΑ074, ΠΑ145
Γιαννακοπούλου, Β.	ΠΑ138	Γουνόπουλος, Π.	ΠΑ155, ΠΑ170
Γιαννακοπούλου, Π.	AA088	Γουργιώτης, Π.	AA091, ΠΑ103, ΠΑ104
Γιαννακούλας, Γ.	AA001, AA091, AA155, AA156, AA181, ΠΑ010, ΠΑ024, ΠΑ053, ΠΑ088, ΠΑ103, ΠΑ104, ΠΑ151, ΠΑ155, ΠΑ170, ΠΑ178	Γούρζη, Π.	AA192
Γιάνναρης, Β.	AA145, ΠΑ079	Γραμματικός, Γ.	AA191
Γιαννίτση, Σ.	ΠΑ111	Γράσσοι, Χ.	AA018, ΠΑ014
Γιαννόπουλος, Α.	AA001	Γρηγοράκη, Ε.	AA100
Γιαννόπουλος, Γ.	AA004, AA163, ΕΑ008, ΠΑ009, ΠΑ082, ΠΑ178	Γρηγορίου, Κ.	AA019, AA026
Γιαννόπουλος-Δημητρίου, Α.	ΕΑ010	Γρηγορίου, Κ.	ΠΑ096
Γιάννου, Π.	ΠΑ031	Γρηγορίου, Σ.	ΠΑ056
Γιαννούλα, Ε.	ΠΑ077	Γροσομανίδης, Β.	AA091, ΠΑ103, ΠΑ104
Γίση, Η.	ΠΑ101, ΠΑ168	Γώγος, Χ.	AA162, ΠΑ081
		Δ	
		Δαγρέ, Α.	AA146
		Δαδούς, ΤΖ.	AA051
		Δαϊκος, Γ.	ΠΑ111
		Δάιος, Σ.	AA042, ΕΑ006, ΠΑ024, ΠΑ155, ΠΑ170, ΠΑ178
		Δαλακάκης, Ι.	ΠΑ035, ΠΑ038
		Δαμέλου, Α.	AA002, ΠΑ001, ΠΑ166
		Δαμιανάκη, Κ.	ΠΑ031
		Δαμίγου, Ε.	AA120, AA128, ΠΑ156
		Δανελάτος, Χ.	ΠΑ139

Index

- Δανιήλ, Ε. ΑΑ071
 Δαρβύρη, Ε. ΑΑ138
 Δάρδας, Π. ΕΑ007
 Δασκαλοπούλου, Α. Μ. ΑΑ158
 Δασούλα, Φ. Ε. ΠΑ092
 Δαφνή, Μ. ΠΑ150
 Δαφνής, Σ. ΑΑ158
 Δεδεηλίας, Π. ΑΑ172, ΠΑ168
 Δελάκης, Ι. ΠΑ155, ΠΑ170
 Δελιαλής, Δ. ΑΑ079, ΑΑ122, ΑΑ177, ΕΑ011, ΠΑ021, ΠΑ162
 Δερβίσογλου, Θ. ΠΑ033
 Δεσποτόπουλος, Σ. ΑΑ182, ΠΑ086, ΠΑ088
 Δεστούνης, Α. ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ067, ΑΑ069, ΑΑ075, ΑΑ093, ΑΑ096, ΑΑ140, ΑΑ141, ΑΑ142, ΑΑ147, ΑΑ182, ΠΑ094, ΠΑ138
 Δετοράκη, Μ. ΑΑ055, ΠΑ152
 Δευτεραίος, Σ. ΑΑ169, ΠΑ118
 Δηλαβέρης, Π. ΑΑ002, ΑΑ154, ΠΑ001
 Δήμα, Ε. ΠΑ098
 Δήμα, Ι. ΑΑ030, ΑΑ031
 Δημαρη, Χ. ΑΑ139, ΑΑ183
 Δημητριάδης, Κ. ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ019, ΑΑ033, ΑΑ040, ΑΑ041, ΑΑ043, ΑΑ102, ΑΑ114, ΑΑ123, ΑΑ135, ΑΑ144, ΑΑ168, ΑΑ176, ΠΑ013, ΠΑ014, ΠΑ015, ΠΑ020, ΠΑ022, ΠΑ031, ΠΑ032, ΠΑ060, ΠΑ110, ΠΑ121, ΠΑ123, ΠΑ124, ΠΑ149, ΠΑ177
 Δημητριάδης, Φ. ΑΑ038, ΑΑ088, ΠΑ054, ΠΑ126
 Δημητρόγλου, Ι. ΑΑ064, ΑΑ073, ΑΑ102, ΑΑ114, ΕΑ005, ΕΑ005, ΠΑ072, ΠΑ072, ΠΑ129, ΠΑ130, ΠΑ130, ΠΑ136
 Δημητρούλα, Β. ΠΑ039, ΠΑ040
 Δημητρούλας, Θ. ΠΑ164
 Δημόπουλος, Α. ΑΑ069, ΑΑ141, ΠΑ041, ΠΑ057, ΠΑ119
 Δημόπουλος, Μ. Α. ΑΑ078, ΑΑ079, ΑΑ177, ΕΑ011
 Δημόπουλος, Σ. ΠΑ128
 Δημοπούλου, Μ. ΑΑ122, ΠΑ162
 Δήμος, Ε. ΑΑ143, ΠΑ030
 Δήμου, Β. Β. ΠΑ067, ΠΑ071
 Δημούλα, Α. ΑΑ177
 Διακαντώνης, Α. ΑΑ054, ΠΑ034, ΠΑ034
 Διαμαντάκης, Ε. ΑΑ143, ΑΑ196, ΠΑ030
 Διβάνη, Μ. ΑΑ114
 Διβιδής, Γ. ΑΑ007
 Διδάγγελος, Μ. ΑΑ042, ΑΑ091, ΑΑ095, ΕΑ006, ΠΑ002, ΠΑ063, ΠΑ103, ΠΑ104, ΠΑ154, ΠΑ157
 Δουμάζου, Α. ΑΑ134
 Δουμάνη, Γ. ΑΑ047
 Δουμάνης, Γ. ΑΑ006
 Δούμας, Α. ΑΑ077, ΠΑ077
 Δουνδουλάκης, Ι. ΑΑ002, ΑΑ154, ΕΑ004, ΠΑ001, ΠΑ050, ΠΑ064, ΠΑ082, ΠΑ088
 Δουπκαρίδου, Ε. ΑΑ076
 Δούρβας, Π. ΑΑ082, ΑΑ105, ΑΑ105, ΠΑ006, ΠΑ052, ΠΑ112, ΠΑ112
 Δράγασης, Σ. ΑΑ005, ΑΑ008, ΑΑ011, ΑΑ037, ΑΑ157
 Δραγώνας, Δ. ΕΑ011
 Δρακονταειδής, Α. ΠΑ111
 Δρακοπούλου, Μ. ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ028, ΠΑ056, ΠΑ064, ΠΑ114, ΠΑ139, ΠΑ143
 Δράκος, Σ. ΠΑ066, ΠΑ128
 Δράμπαλου, Α. ΑΑ063
 Δρη, Ε. ΑΑ040, ΑΑ114, ΑΑ114, ΑΑ135, ΑΑ144, ΠΑ022, ΠΑ032, ΠΑ060, ΠΑ110, ΠΑ110, ΠΑ127
 Δρίκος, Α. ΑΑ146
 Δρίτσας, Α. ΑΑ071
 Δρογκάρης, Σ. ΑΑ018, ΑΑ019, ΑΑ123, ΑΑ144, ΠΑ013, ΠΑ014, ΠΑ022, ΠΑ092
 Δροσάτος, Κ. ΠΑ066

Index

- Ε**
- Ελευθεριάδου, Ε. ΑΑ055, ΑΑ151, ΑΑ190, ΠΑ027, ΠΑ102, ΠΑ133, ΠΑ152, ΠΑ171
- Ελευθερίου, Δ. ΠΑ021, ΠΑ170
- Εμιριόν, Τ. ΠΑ116
- Εξαδακτύλου, Π. ΠΑ077
- Ευαγγελίου, Α. ΠΑ084
- Ευαγγέλου, Ε. ΑΑ076
- Ευδωρίδης, Κ. ΑΑ021
- Ευθυμιάδης, Γ. ΑΑ002, ΑΑ077, ΠΑ001, ΠΑ067, ΠΑ071, ΠΑ077
- Ευσταθόπουλος, Α. ΠΑ065
- Ευστρατίου, Δ. ΠΑ126
- Ευτυχίου, Χ. ΑΑ186
- Εφραιμιίδης, Μ. ΑΑ005, ΑΑ008, ΑΑ011, ΑΑ037, ΑΑ157
- Ζ**
- Ζάγκλη, Φ. ΑΑ009, ΑΑ013
- Ζάγουρας, Α. ΠΑ009
- Ζαγουρή, Φ. ΠΑ159
- Ζακυνθινός, Γ. ΠΑ140, ΠΑ145
- Ζαμπέλης, Δ. Π. ΑΑ067, ΑΑ069, ΑΑ101, ΑΑ142, ΠΑ138
- Ζαμπετάκης Φ. ΑΑ149
- Ζαπαντιώτης, Δ. ΠΑ155
- Ζάρας, Ν. ΑΑ130
- Ζάρβαλης, Η. ΑΑ162
- Ζαρίφης, Ι. ΑΑ002, ΑΑ038, ΑΑ044, ΑΑ046, ΑΑ088, ΑΑ138, ΑΑ198, ΠΑ001, ΠΑ054, ΠΑ063, ΠΑ126, ΠΑ173
- Ζαρκαλής, Δ. ΠΑ128
- Ζάχαρης, Ε. ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ017, ΑΑ164, ΑΑ165, ΑΑ174, ΠΑ023, ΠΑ155, ΠΑ170
- Ζαχαριουδάκη, Γ. ΑΑ017
- Ζαχαρούλης, Α. ΑΑ122, ΠΑ021, ΠΑ101
- Ζάχος, Π. ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ067, ΑΑ074, ΑΑ075, ΑΑ083, ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ093, ΑΑ094, ΑΑ096, ΑΑ140, ΑΑ141, ΑΑ142, ΑΑ147, ΑΑ182, ΠΑ086, ΠΑ094, ΠΑ138
- Ζέγκος, Θ. ΑΑ042, ΑΑ181, ΕΑ006, ΠΑ067, ΠΑ071
- Ζέκιος, Κ. ΠΑ115
- Ζεμπεκάκης, Π. ΠΑ067, ΠΑ071
- Ζενέτος, Δ. ΑΑ148, ΕΑ011, ΠΑ049
- Ζερβάκης, Σ. ΑΑ014, ΑΑ016, ΠΑ023, ΠΑ170
- Ζέρβας, Γ. ΑΑ079, ΑΑ177, ΠΑ162
- Ζήσης, Μ. ΕΑ005, ΠΑ072, ΠΑ130
- Ζήσιμος, Κ. ΑΑ064
- Ζιάκας, Α. ΑΑ042, ΑΑ091, ΑΑ156, ΑΑ181, ΕΑ006, ΠΑ024, ΠΑ053, ΠΑ063, ΠΑ067, ΠΑ071, ΠΑ088, ΠΑ103, ΠΑ104, ΠΑ151
- Ζιμπουνούμη -Κεράτσα, Π.Ν. ΠΑ098
- Ζορμπάς, Γ. ΑΑ051, ΑΑ152, ΑΑ155, ΠΑ010, ΠΑ155
- Ζουρνατζίδου, Ε. ΑΑ076
- Ζυγούρη, Α. ΑΑ005
- Ζυματούρα, Μ. Ε. ΑΑ072, ΠΑ179
- Ζωγράφος, Θ. ΠΑ005, ΠΑ047
- Ζωγράφος, Ν. ΑΑ148, ΠΑ049
- Ζωγράφος, Π. ΠΑ108, ΠΑ172
- Η**
- Ηλιάδης, Κ. ΠΑ035, ΠΑ038
- Ηλιάκη, Α. ΑΑ165, ΑΑ174
- Ηλιάκης, Π. ΑΑ002, ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ019, ΑΑ026, ΑΑ040, ΑΑ090, ΑΑ135, ΑΑ144, ΕΑ004, ΠΑ001, ΠΑ013, ΠΑ014, ΠΑ022, ΠΑ032, ΠΑ060
- Ηλιοδρομίτης, Ε. ΑΑ022, ΑΑ023, ΠΑ001
- Ηλιόπουλος Δ. ΠΑ135
- Ηλιοπούλου, Σ. ΠΑ051
- Θ**
- Θεοδόσης-Γεωργιλιάς, Α. ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ067, ΑΑ069, ΑΑ074, ΑΑ075, ΑΑ093, ΑΑ096, ΑΑ101, ΑΑ109, ΑΑ110, ΑΑ113, ΑΑ140, ΑΑ141, ΑΑ142, ΑΑ182, ΑΑ188, ΠΑ041, ΠΑ094, ΠΑ138

Index

- Θεοδοσίου, Π. ΑΑ060, ΑΑ159, ΠΑ141
 Θεοδοσοπούλου, Χ. ΑΑ195, ΠΑ116, ΠΑ147
 Θεοδωρακάκου, Φ. ΑΑ078, ΑΑ079, ΑΑ177, ΕΑ011
 Θεοδωράκος, Α. ΑΑ071, ΠΑ142
 Θεοδωρίδης, Π. ΑΑ051
 Θεοδωρίδου, Κ. ΑΑ059
 Θεοδωρόπουλος, Κ. ΕΑ006
 Θεοδώρου, Π. ΑΑ038, ΠΑ173
 Θεοφανίδης, Θ. ΠΑ029
 Θεοφιλάτος, Α. ΠΑ170
 Θεοφίλης, Π. ΑΑ047, ΑΑ081, ΑΑ137, ΠΑ022, ΠΑ074, ΠΑ092, ΠΑ159
 Θεοφιλογιαννάκος, Ε. ΠΑ084
 Θεοφίλου, Α. ΑΑ143
 Θεοχάρη, Α. ΠΑ035
 Θεοχάρη, Χ. ΑΑ117
 Θύμης, Ι. ΑΑ025, ΑΑ087, ΑΑ121, ΠΑ080, ΠΑ083
 Θώδου, Α. ΠΑ128
 Θωμαΐδη, Α. ΑΑ050, ΑΑ058, ΑΑ129, ΑΑ167, ΑΑ170, ΠΑ134
 Θωμάς, Κ. ΠΑ080
 Θωμόπουλος, Κ. ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ019, ΑΑ026, ΑΑ123, ΑΑ133, ΠΑ013, ΠΑ014, ΠΑ015, ΠΑ017
- Ι**
 Ιακώβου, Ι. ΑΑ071, ΑΑ138, ΠΑ077, ΠΑ113, ΠΑ142
 Ιερομόναχος, Κ. ΠΑ128
 Ιωακεμίδης, Ν. ΑΑ107, ΑΑ189
 Ιωαννίδης, Ε. ΑΑ106, ΑΑ111
 Ιωαννίδης, Μ. ΑΑ186
 Ιωαννίδης, Π. ΑΑ046, ΠΑ005, ΠΑ047
 Ιωάννου, Μ. ΑΑ156
- Κ**
 Καββαθά, Δ. ΑΑ023, ΑΑ087, ΠΑ019
 Καδδά, Ο. ΑΑ008, ΑΑ011
 Καζάνας, Σ. ΑΑ086
 Καϊμακάμη, Μ. ΑΑ088, ΠΑ126
 Καϊτελίδου, Δ. ΑΑ138
 Κακδέρης, Χ. ΑΑ042, ΕΑ006, ΠΑ151
 Κακιούζη, Β. ΑΑ064
 Κακκάβας, Α. ΑΑ117
 Κάκκουρα, Μ. ΑΑ012
 Κακουδάκης, Ε. ΑΑ050, ΑΑ058
 Κακούρη, Ν. ΑΑ019, ΑΑ123, ΠΑ017
 Καλαϊτζίδης, Ρ. ΑΑ047
 Καλαϊτζόγλου, Μ. ΑΑ038, ΠΑ173
 Καλαμάτα, Π. ΑΑ036, ΑΑ175
 Καλαμπόκη, Ε. ΑΑ171, ΠΑ059, ΠΑ100
 Καλανγκός, Α. ΠΑ095
 Καλαντζής, Χαρ. ΠΑ155, ΠΑ170
 Καλαντζής, Χρ. ΠΑ155
 Καλατζή, Μ. ΠΑ077
 Καλατζή, Π. ΠΑ042
 Καλέση, Α. Ε. ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ067, ΑΑ069, ΑΑ074, ΑΑ075, ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ093, ΑΑ096, ΑΑ101, ΑΑ109, ΑΑ110, ΑΑ113, ΑΑ141, ΑΑ142, ΑΑ147, ΑΑ180, ΑΑ188, ΠΑ041, ΠΑ086, ΠΑ138
 Καλλινίκου, Ζ. ΑΑ055, ΑΑ103, ΑΑ190, ΠΑ102
 Καλοβρεντή, Ν. ΑΑ009
 Καλογερά, Β. ΑΑ098, ΑΑ139, ΑΑ166, ΠΑ028
 Καλογεράκος, Π. ΠΑ023
 Καλογεράς, Κ. ΑΑ081, ΕΑ007, ΠΑ011, ΠΑ020, ΠΑ131, ΠΑ159
 Καλογεράς, Π. ΠΑ155, ΠΑ170
 Καλογριδάκη, Μ. ΠΑ036
 Καλομοιράκης, Π. ΑΑ014, ΑΑ016
 Καλομπάτσου, Α. ΑΑ073, ΕΑ005, ΠΑ072, ΠΑ130, ΠΑ136
 Καλομπάτσου, Η. ΑΑ073
 Καλός, Θ. ΑΑ026, ΑΑ133, ΑΑ135, ΠΑ127
 Καλπαδάκη, Χ. ΑΑ016
 Καλύβη, Α. ΑΑ063, ΑΑ067, ΑΑ075, ΑΑ109, ΑΑ141
 Καμπανιέρης, Ε. ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ017, ΠΑ023

Index

Καμπερίδης, Β.	ΑΑ042, ΑΑ181, ΕΑ006, ΠΑ067, ΠΑ071, ΠΑ081, ΠΑ151	Καραμπελίδου, Χ.	ΠΑ035, ΠΑ038
Καμπουρέλλη, Α.	ΑΑ047	Καρανάσιος, Ε.	ΑΑ080, ΑΑ099, ΑΑ178, ΠΑ091
Καμπουρίδης, Ν.	ΑΑ059	Καρανίκης, Π.	ΑΑ032, ΠΑ039, ΠΑ040
Κανακάκης, Ι.	ΑΑ148, ΠΑ049, ΠΑ155, ΠΑ170	Καρανικόλα, Α.Ε.	ΠΑ022, ΠΑ032
Κανάκης, Μ.	ΑΑ100	Καραπέδη, Ε.	ΑΑ116
Κανουπάκης, Ε.	ΑΑ002, ΠΑ001	Καρατασίτσα, Σ.	ΠΑ039, ΠΑ040
Κανταρτζή, Β.	ΠΑ081	Καρβούνης, Χ.	ΠΑ067, ΠΑ071, ΠΑ088
Καπελούζου, Α.	ΑΑ072	Καρίκη, Ο.	ΑΑ002, ΑΑ005, ΑΑ008, ΑΑ011, ΑΑ037, ΑΑ157, ΠΑ001
Καπιτσίνης, Η.	ΠΑ146	Καριώρη, Μ.	ΑΑ019, ΑΑ026, ΑΑ133, ΠΑ127
Καποτά, Α.	ΠΑ031	Καρπάνου, Ε.	ΠΑ018
Καραβίδας, Ν.	ΠΑ140	Καρτάλης, Α.	ΑΑ095, ΑΑ112, ΠΑ002, ΠΑ154, ΠΑ157
Καραγεώργου, Δ.	ΑΑ106, ΑΑ111, ΑΑ193, ΠΑ044	Καρτάλης, Ν.	ΠΑ157
Καραγιάννη, Ε.	ΑΑ127	Κάρτας, Α.	ΑΑ156, ΠΑ053, ΠΑ088
Καραγιάννη, Ρ.	ΠΑ176	Καρτσαγκούλης, Ε.	ΑΑ146
Καραγιαννίδης, Ε.	ΑΑ051, ΑΑ152, ΕΑ010, ΠΑ053, ΠΑ088, ΠΑ178	Καρυοφύλλης, Π.	ΑΑ037, ΠΑ100
Καραγκούνη, Η.	ΑΑ138	Κασιακόγιας, Α.	ΠΑ016, ΠΑ131
Καραγκούνης, Θ.	ΑΑ017, ΠΑ023	Κασίμης, Γ.	ΑΑ051, ΑΑ152, ΕΑ006
Καραδηύμα, Γ.	ΑΑ192	Κάσιμος, Ν.	ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ067, ΑΑ069, ΑΑ074, ΑΑ075, ΑΑ083, ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ093, ΑΑ094, ΑΑ096, ΑΑ101, ΑΑ109, ΑΑ110, ΑΑ113, ΑΑ141, ΑΑ142, ΑΑ188, ΠΑ041, ΠΑ086, ΠΑ138
Καρακανάς, Α.	ΠΑ063	Κασσωτάκης, Σ.	ΑΑ014, ΑΑ016, ΠΑ023
Καρακάσης, Π.	ΑΑ152, ΑΑ197, ΠΑ087, ΠΑ158, ΠΑ164	Καστής, Η.	ΑΑ067, ΑΑ074, ΠΑ041
Καρακώστα, Μ.	ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ067, ΑΑ069, ΑΑ074, ΑΑ075, ΑΑ083, ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ093, ΑΑ094, ΑΑ096, ΑΑ101, ΑΑ109, ΑΑ110, ΑΑ113, ΑΑ141, ΑΑ142, ΑΑ188, ΠΑ041, ΠΑ086, ΠΑ138	Καστρίτης, Ε.	ΑΑ077, ΑΑ078, ΑΑ079, ΑΑ177, ΑΑ192, ΕΑ011, ΠΑ077
Καρακώστας, Γ.	ΠΑ146	Κατέχης, Σ.	ΑΑ125
Καράλης, Ι.	ΑΑ035, ΑΑ039, ΑΑ195, ΠΑ116, ΠΑ147, ΠΑ176	Κατινιώτη, Α.	ΠΑ077, ΠΑ135
Καραμαγκιόλη, Ε.	ΠΑ036	Κατράνης, Α.	ΑΑ134
Καραμανίδου, Μ.	ΠΑ009	Κατριβέσης, Α.	ΑΑ007
Καραμάνου, Α.	ΑΑ024, ΑΑ027	Κατσα, Γ.	ΑΑ011
Καραμάσης, Γρηγόρης	ΑΑ169, ΠΑ118	Κατσαβριάς, Κ.	ΠΑ108, ΠΑ172
Καραμηνάς, Ν.	ΑΑ063, ΑΑ067, ΑΑ141, ΑΑ188, ΠΑ041	Κατσαλούλη, Μ.	ΑΑ080, ΑΑ178, ΠΑ091
Καραμήτσος, Θ.	ΑΑ004, ΑΑ163, ΠΑ067, ΠΑ071	Κατσανάκη, Ε.	ΑΑ087, ΠΑ080, ΠΑ083
		Κατσάνος, Σ.	ΠΑ083
		Κατσάρας, Δ.	ΠΑ005, ΠΑ047
		Κατσαρός, Ο.	ΠΑ064, ΠΑ114

Index

Κατσαρού, Ο.	ΠΑ074	Κόλιου, Γ. Α.	ΠΑ070
Κατσή, Β.	ΑΑ138	Κολοβού, Α.	ΑΑ185
Κατσιάνος, Κ.	ΠΑ062	Κολοκάθης, Φ.	ΑΑ169, ΠΑ118
Κατσιβάς, Α.	ΑΑ002, ΠΑ001	Κολονιάρης, Α.	ΑΑ134
Κατσιλλής, Ν.	ΑΑ141, ΑΑ142, ΠΑ041	Κολυδά, Α.	ΑΑ116
Κατσιμίχας, Θ.	ΑΑ185	Κομζιά, Θ.	ΠΑ156
Κατσιούλης, Χ.	ΑΑ118, ΑΑ119, ΑΑ197	Κονδύλης, Μ.	ΑΑ148, ΠΑ049
Κατωγιάννης, Κ.	ΑΑ087, ΑΑ121, ΠΑ025, ΠΑ070, ΠΑ080, ΠΑ083	Κονταράκη, Ι.	ΑΑ014, ΠΑ023
Καυκαλά, Κ.	ΑΑ003, ΑΑ173	Κοντογεωργίου, Ζ.	ΑΑ192
Καυκάς, Ν.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΑΑ104, ΑΑ194, ΠΑ143	Κοντογιάννη, Δ.	ΑΑ196
Καφαράκης, Π.	ΑΑ055, ΑΑ190, ΠΑ102, ΠΑ152	Κοντογιάννη, Ε.	ΑΑ133
Καχριμανίδης, Ι.	ΑΑ018, ΠΑ013, ΠΑ064	Κοντογιάννης, Ν.	ΑΑ116
Καψάλη, Ε.	ΑΑ143	Κοντονίκα, Μ.	ΠΑ179
Καψοκόλη, Χ.	ΑΑ063, ΑΑ067, ΑΑ096, ΑΑ113, ΠΑ138	Κοντοπύργου, Δ.	ΑΑ156
Κεραμιδά, Κ.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ143	Κόρακας, Ε.	ΠΑ025
Κηπουροπούλου, Μ.	ΑΑ076	Κοραντζόπουλος, Π.	ΑΑ002, ΠΑ001
Κηπουρός, Γ.	ΑΑ050, ΑΑ058	Κορδαλής, Α.	ΑΑ002, ΑΑ090, ΑΑ154, ΕΑ004, ΠΑ001, ΠΑ050, ΠΑ052
Κινητής Κ.	ΑΑ134	Κορέλα, Δ.	ΑΑ055, ΑΑ056, ΑΑ103, ΠΑ152, ΠΑ171
Κιουρή, Ε.	ΑΑ045, ΑΑ054	Κορνάρου, Ε.	ΠΑ160
Κιτζίρη, Σ.	ΑΑ071, ΠΑ142	Κοροβέσης, Θ.	ΠΑ064
Κίτσιου, Α.	ΑΑ106, ΑΑ111, ΑΑ117, ΑΑ193, ΠΑ044	Κορομπόκη, Ε.	ΠΑ065
Κλάδου, Ε.	ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ164, ΑΑ165, ΑΑ174, ΠΑ023, ΠΑ155	Κοσκίνας, Ι.	ΑΑ019
Κλεισιώτη, Π.	ΑΑ044, ΑΑ088, ΠΑ126	Κοσμάς, Η.	ΑΑ138
Κλέττας, Δ.	ΑΑ002, ΠΑ001	Κοσμίδης, Δ.	ΠΑ088
Κληρίδης, Π.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ143	Κοσοβίτσας, Α.	ΠΑ039, ΠΑ040
Κλογκέρι, Ι.	ΑΑ061, ΑΑ082, ΠΑ006, ΠΑ052, ΠΑ089, ΠΑ112	Κοσσυβάκης, Χ.	ΑΑ002, ΠΑ001
Κογεράκης, Ν.	ΠΑ128	Κοτανίδου, Α.	ΠΑ098
Κοϊμψίδου, Ε.	ΑΑ118, ΑΑ119, ΑΑ197	Κοτζαδάμης, Δ.	ΑΑ155, ΠΑ084
Κόκκινος, Δ.	ΑΑ072	Κοτζαριδής, Α.	ΑΑ139, ΑΑ183, ΠΑ122
Κοκοτσάκης, Ι.	ΠΑ168	Κοτρώτσιος, Γ.	ΠΑ170
Κοκώσιος, Γ.	ΑΑ130	Κότσια, Α.	ΑΑ171, ΠΑ059, ΠΑ100
Κολέ, Χ.	ΑΑ106	Κούβαρη, Μ.	ΑΑ120, ΑΑ128
Κολέτσα, Τ.	ΠΑ178	Κουβάτσος, Π.	ΑΑ021
Κολιαστάσης, Λ.	ΠΑ064, ΠΑ114, ΠΑ174	Κούβελος, Κ.	ΑΑ115, ΠΑ005, ΠΑ047
Κολιοπούλου, Α.	ΠΑ128	Κουής, Π.	ΑΑ012
		Κουκιάς, Σ.	ΑΑ150, ΠΑ027, ΠΑ152
		Κούκος, Μ.	ΑΑ064, ΑΑ073, ΑΑ102, ΕΑ005, ΠΑ072, ΠΑ130, ΠΑ136
		Κουλαουζίδης, Γ.	ΑΑ088, ΠΑ126
		Κουλλιάς, Ε.	ΑΑ019

Index

Κουλουλίας, Ι. Φ.	ΑΑ053	Κυρώζη, Ε.	ΑΑ071
Κούμαλλος, Ν.	ΑΑ114	Κωλέττης, Θ.	ΑΑ002, ΠΑ001, ΠΑ163
Κουμέλλη, Α.	ΠΑ011, ΠΑ016, ΠΑ020, ΠΑ131	Κωνσταντίνου, Κ.	ΠΑ011
Κουνάδη, Ε.	ΑΑ039	Κωνσταντάκη, Χ.	ΑΑ122, ΑΑ177, ΕΑ011, ΠΑ021, ΠΑ162
Κουντούρη, Α.	ΠΑ025, ΠΑ080	Κωνσταντακοπούλου, Ο.	ΑΑ138
Κουπαράνης, Α.	ΑΑ042, ΑΑ091, ΕΑ006, ΠΑ103, ΠΑ104	Κωνσταντάρα, Α.	ΑΑ065, ΑΑ067, ΑΑ069, ΑΑ096, ΑΑ101
Κουρέα, Κ.	ΑΑ121	Κωνσταντινίδης, Δ.	ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ019, ΑΑ026, ΑΑ123, ΑΑ133, ΑΑ144, ΠΑ013, ΠΑ014, ΠΑ015, ΠΑ016, ΠΑ017
Κουρεμέτη, Μ.	ΑΑ018, ΠΑ013, ΠΑ013, ΠΑ014, ΠΑ022	Κωνσταντινίδου, Μ.	ΑΑ162
Κουρής, Ν.	ΑΑ070, ΑΑ145, ΑΑ146, ΠΑ079	Κωνσταντίνου, Γ.	ΑΑ148, ΠΑ049
Κουρκοβελή, Π.	ΠΑ062	Κωνσταντίνου, Δ.	ΠΑ050
Κουρنيώτης, Δ.	ΠΑ031	Κωνσταντίνου, Θ.	ΑΑ060, ΑΑ159, ΠΑ141
Κουτελού, Μ.	ΑΑ071, ΑΑ072, ΑΑ077, ΑΑ192, ΠΑ077, ΠΑ142	Κωνσταντίνου, Κ.	ΑΑ135, ΠΑ011, ΠΑ016, ΠΑ020, ΠΑ127, ΠΑ131
Κουτράκης, Π.	ΑΑ012	Κώρος, Ρ.	ΑΑ125
Κουτρούλος, Μ. Β.	ΑΑ050, ΑΑ058, ΑΑ129, ΑΑ167, ΑΑ170, ΠΑ134	Κωστάκης, Α.	ΠΑ001
Κουτσάκης, Α.	ΠΑ088	Κωστάκης, Π.	ΑΑ033, ΑΑ041, ΑΑ043, ΑΑ061 ΑΑ082, ΑΑ105, ΑΑ176, ΠΑ006, ΠΑ112, ΠΑ052, ΠΑ060, ΠΑ089, ΠΑ149
Κούτσης, Γ.	ΑΑ192	Κωστάκου, Π.	ΑΑ078, ΠΑ170
Κουσιδης, Σ.	ΠΑ054	Κωστέλλη, Γ.	ΑΑ025, ΑΑ087, ΑΑ121, ΠΑ025, ΠΑ080
Κουτσογιάννη, Α.	ΑΑ108	Κωστόπουλος, Β.	ΑΑ070, ΑΑ145, ΠΑ079
Κουτσόπουλος, Γ.	ΠΑ032, ΠΑ060, ΠΑ092	Κωστόπουλος, Κ.	ΠΑ170
Κοχιαδάκης, Γ.	ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ017, ΑΑ164, ΑΑ165, ΑΑ174, ΑΑ179, ΠΑ023, ΠΑ037, ΠΑ155, ΠΑ170	Κωστοπούλου, Α.	ΑΑ002, ΠΑ001
Κραββαρίτη, Ε.	ΑΑ120, ΑΑ128, ΠΑ156	Κωτσάκης, Α.	ΑΑ002, ΑΑ143, ΑΑ181, ΑΑ196, ΠΑ155
Κρατσαγκώνης, Χ.	ΠΑ166	Κωτσιοπούλου, Π.	ΑΑ134
Κρόκος, Α.	ΠΑ039, ΠΑ040	Κωφός, Χ.	ΑΑ051
Κρομμύδας, Α.	ΠΑ111		
Κρούπης, Χ.	ΑΑ006	Λ	
Κτενόπουλος, Ν.	ΠΑ064, ΠΑ092, ΠΑ114, ΠΑ121, ΠΑ124, ΠΑ165	Λαγκαδινός, Π.	ΑΑ134
Κυβέλου, Σ. Μ.	ΕΑ007, ΠΑ018	Λαδοπούλου, Ε.	ΑΑ083, ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ093, ΑΑ094, ΑΑ140, ΑΑ147, ΑΑ182, ΠΑ086, ΠΑ094
Κυρζόπουλος, Σ.	ΠΑ097, ΠΑ179	Λαζαρίδης, Κ.	ΑΑ002, ΠΑ001
Κυριαζής, Ι.	ΠΑ066		
Κυριαζοπούλου, Α.	ΑΑ079, ΑΑ177, ΕΑ011		
Κυριακόπουλος, Χ.	ΠΑ066		
Κυριακοπούλου, Δ.	ΑΑ097, ΑΑ139, ΠΑ117, ΠΑ122, ΠΑ144		
Κυριάκου, Π.	ΠΑ084		

Index

Λαζαρίδης, Π.	AA044, AA046, AA088, ΠΑ054	Λιλλής, Θ.	ΠΑ033
Λάζαρος, Γ.	AA081, AA086, AA185, ΠΑ092	Λιναρδάκη, Ε.	AA179
Λαζάρου, Α.	AA086, ΠΑ092	Λιναρδάκης, Ι.	ΠΑ108, ΠΑ172
Λαζίλι, Ν.	AA104, AA194, ΠΑ143	Λιναρδάκης, Σ.	AA074, AA188
Λαζόπουλος, Γ.	ΠΑ023	Λιόδη, Α.	AA068, AA104, AA194
Λαϊνά, Α.	AA002, AA154, EA004, ΠΑ001	Λίτσου, Ε.	AA076
Λάκκας, Λ.	AA053	Λιώρη, Σ.	ΠΑ088
Λάμα, Ν.	AA093, AA094, AA140, AA182, ΠΑ094	Λογκάκης, Ι.	AA014
Λαμπαδιάρη, Β.	AA121, ΠΑ025, ΠΑ080	Λουϊζάκη, Ε.	ΠΑ146
Λαμπρινού Αι.	AA138	Λυκούδης, Α.	ΠΑ101, ΠΑ155
Λαμπρογιαννάκης, Ε.	AA055, AA056, ΠΑ027, ΠΑ133	Λυμπερόπουλος, Ε.	AA120, AA128, ΠΑ156
Λαμπρόπουλος, Κ.	ΠΑ101	Λύτρα, Θ.	EA007, ΠΑ018
Λάμπρου, Θ.	AA143, ΠΑ030		
Λάμπρας, Σ.	ΠΑ145	M	
Λαναράς, Λ.	ΠΑ025	Μαγλαρά, Α.	AA046, AA198, ΠΑ054
Λαντζουράκη, Α.	AA050, AA058, AA129, AA167, AA170, ΠΑ134	Μακαβός, Γ.	AA148, ΠΑ070
Λάτσιος, Γ.	ΠΑ036, ΠΑ037, ΠΑ038, ΠΑ110, ΠΑ114, ΠΑ123	Μακρής, Ν.	AA078, ΠΑ049
Λεβέντης, Ι.	ΠΑ155, ΠΑ170	Μακριδάκης, Α.	AA143
Λεβεντόπουλος, Γ.	AA002, ΠΑ001	Μακριδάκης, Ν.	AA143
Λεμονάρης, Μ.	AA012	Μαλακός, Ι.	ΠΑ077, ΠΑ142
Λεμπιδάκης, Δ.	AA164, AA165, AA174	Μαληκίδης, Ο.	AA014, AA016, ΠΑ023
Λεοντιάδης, Ε.	ΠΑ077, ΠΑ113, ΠΑ132, ΠΑ142	Μαλιγκος, Γ.	AA088
Λεοντσίνης, Ι.	AA015, AA026, AA123, AA133, AA135, AA144, ΠΑ022, ΠΑ032, ΠΑ127, ΠΑ129, ΠΑ131, ΠΑ177	Μαλκότς, Μπ.	AA050, AA058, AA129, AA167, AA170, ΠΑ134, ΠΑ155, ΠΑ170
Λεοπούλου, Μ.	ΠΑ037	Μαμαρέλη, Β.	ΠΑ029
Λεπτόπουλος, Λ.	ΠΑ173	Μαμαρέλη, Χ.	ΠΑ029
Λέτσας, Κ.	AA002, AA005, AA008, AA011, AA037, AA157, ΠΑ001	Μαμαρέλης, Ι.	ΠΑ029
Λευκού, Ε.	ΠΑ158, ΠΑ164	Μανέτα, Ε.	AA122, ΠΑ021
Λιάκος, Χ.	AA064, AA126	Μανήρα, Β.	AA072
Λιαριγκοβινού, Α.	AA138	Μανιφάβα, Π.	AA177
Λιβεράκου, Ε.	ΠΑ168	Μανουσάκης, Ε.	AA165, AA174
		Μανουσόπουλος, Κ.	AA034, AA035, AA039
		Μαντά, Ε.	AA015, AA026, AA144, ΠΑ017, ΠΑ092
		Μαντζιάρης, Β.	AA061, AA082, AA090, ΠΑ006, ΠΑ052, ΠΑ089, ΠΑ112, ΠΑ139
		Μάντζιος, Χ.	ΠΑ051
		Μαντζορογιώργου, Ε.	AA164, AA165, AA174

Index

Μαντζουράνης, Ε.	ΑΑ015, ΑΑ026, ΑΑ033, ΑΑ041, ΑΑ043, ΑΑ114, ΑΑ123, ΑΑ135, ΑΑ137, ΑΑ144, ΑΑ168, ΠΑ016, ΠΑ020, ΠΑ022, ΠΑ031, ΠΑ032, ΠΑ089, ΠΑ123, ΠΑ129, ΠΑ177	Μαυρογιάννη, Α.Δ.	ΑΑ038, ΑΑ088, ΠΑ063, ΠΑ126, ΠΑ173
Μαντζουράτου, Π.	ΠΑ090	Μαυρουδέας, Ε. Σ.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΑΑ104, ΑΑ194, ΠΑ143
Μαντής, Χ.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΑΑ104, ΑΑ194, ΠΑ143	Μαυρουδή, Μ.	ΕΑ008
Μανωλάκου, Π.	ΠΑ050	Μαυρουδής, Α.	ΑΑ015, ΑΑ123, ΠΑ089, ΠΑ129
Μανώλης, Α.	ΑΑ180	Μεγαρισιώτου, Α.	ΠΑ045, ΠΑ055, ΠΑ098
Μανώλης, Γ.	ΑΑ010, ΑΑ115, ΑΑ180, ΠΑ155, ΠΑ170	Μερκούρης Α.	ΑΑ138
Μαούνης, Θ.	ΑΑ002, ΠΑ001	Μευραγάνης, Γ.	ΠΑ021
Μαραγκουδάκης, Σ.	ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ017, ΠΑ023	Μήκα, Α.	ΑΑ185
Μαραγκούλια, Θ.	ΑΑ089, ΑΑ097, ΑΑ166, ΠΑ117, ΠΑ125, ΠΑ144	Μηλαράς, Ν.	ΑΑ002, ΑΑ061, ΑΑ082, ΑΑ105, ΑΑ118, ΑΑ119, ΑΑ154, ΑΑ197, ΠΑ001, ΠΑ006, ΠΑ052, ΠΑ089, ΠΑ112, ΠΑ139
Μαράτου, Ε.	ΑΑ121	Μηλιόπουλος, Δ.	ΑΑ037, ΠΑ078, ΠΑ128, ΠΑ132
Μάργος, Π.	ΑΑ002, ΠΑ001	Μήλιου, Α.	ΑΑ185
Μαρινάκη, Ε.	ΠΑ042	Μητράκου, Α.	ΠΑ162
Μαρίνος, Γ.	ΑΑ086	Μητρούση, Κ.	ΑΑ107, ΑΑ189
Μαρίνου, Μ.	ΠΑ097	Μητσιάδης, Σ.	ΑΑ065, ΑΑ096, ΑΑ142, ΕΑ008
Μαρίτσα, Δ.	ΑΑ063, ΑΑ067, ΑΑ075, ΑΑ096, ΑΑ101, ΑΑ109, ΑΑ110, ΑΑ141, ΠΑ138	Μήττας, Ν.	ΕΑ010
Μαρκέτου, Μ.	ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ017, ΑΑ018, ΠΑ014, ΠΑ023	Μηχανικού, Α.	ΑΑ012
Μαρκίδης, Ε.	ΑΑ060, ΑΑ159, ΠΑ103, ΠΑ104, ΠΑ141	Μιαρης, Ν.	ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ074, ΑΑ141, ΑΑ188
Μάρκος, Λ.	ΑΑ045, ΑΑ054	Μιληλής, Π.	ΑΑ005, ΑΑ008, ΑΑ011, ΑΑ037, ΑΑ157
Μαρτίνος, Α.	ΑΑ005, ΑΑ157	Μίλκας, Κ.	ΑΑ138, ΑΑ198
Ματζιάρης, Β.	ΠΑ006	Μινογιάννης, Π.	ΑΑ138
Ματθαίοπουλος, Γ.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΑΑ104, ΑΑ194, ΠΑ143	Μιξάκη, Ι.	ΑΑ149
Ματθαίου, Α.	ΑΑ012	Μισεγιαννίδης, Α.	ΑΑ148, ΠΑ049
Ματσάγκας, Μ.	ΠΑ033, ΠΑ051	Μιχαήλ, Χ.	ΑΑ039
Ματσίρας, Δ.	ΑΑ045, ΑΑ049, ΑΑ054	Μιχαηλίδης, Κ.	ΑΑ083, ΑΑ147
Ματσούκης, Ι.	ΑΑ108	Μιχαηλίδης, Ε.	ΠΑ157
Μαυραγάνης, Γ.	ΑΑ079, ΑΑ122, ΠΑ162	Μιχάλης, Λ.	ΠΑ170
Μαυρογένη, Σ.	ΑΑ002, ΠΑ001	Μιχαλοπούλου, Ε.	ΑΑ087, ΠΑ025, ΠΑ080
Μαυρογένης, Ι.	ΑΑ111	Μίχας, Γ.	ΑΑ021
		Μιχελής, Ε.	ΑΑ120, ΑΑ128
		Μιχοπούλου, Γ.	ΠΑ129
		Μολντοβαν, Κ.	ΕΑ007
		Μόσιαλος, Λ.	ΠΑ063

Index

Μοσχοβάκη, Γ.	ΑΑ193	Μπελεγρίνος, Α.	ΑΑ080, ΑΑ099, ΑΑ178, ΠΑ091
Μοσχοβίδης, Β.	ΠΑ081	Μπελεσιώτης, Δ.	ΑΑ065, ΑΑ069
Μούλιας, Α.	ΑΑ125	Μπελεχάκης, Σ.	ΑΑ082, ΑΑ138
Μούρα, Α.	ΑΑ156	Μπελή, Β.	ΠΑ059
Μουρατίδου, Μ.	ΑΑ035, ΑΑ195, ΠΑ116, ΠΑ147, ΠΑ176	Μπενάς, Δ.	ΑΑ020, ΑΑ022, ΑΑ023, ΑΑ025, ΑΑ028, ΠΑ019, ΠΑ068, ΠΑ106, ΠΑ161
Μουράτογλου, Σ. Α.	ΑΑ091, ΠΑ103, ΠΑ104	Μπενέκη, Ε.	ΑΑ033, ΑΑ041, ΑΑ043, ΑΑ102, ΑΑ114, ΑΑ168, ΑΑ176, ΠΑ022, ΠΑ032, ΠΑ060, ΠΑ149
Μουρβετίδης, Π.	ΑΑ038	Μπενέτος, Γ.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ028, ΠΑ143
Μουστάκας, Γ.	ΑΑ024, ΑΑ027	Μπενέτου, Δ. Ρ.	ΑΑ169, ΠΑ118
Μούστου, Χ.	ΑΑ122	Μπενία, Δ.	ΠΑ144
Μουτάφη, Μ.	ΑΑ095, ΑΑ112, ΠΑ002, ΠΑ154, ΠΑ157	Μπέτσης, Χ.	ΠΑ155, ΠΑ170
Μπαζμπάνη, Μ. Α.	ΠΑ067, ΠΑ071	Μπεχλιβάνη, Μ.	ΑΑ158
Μπαζουκης, Γ.	ΑΑ011, ΑΑ163	Μπίρμπα, Δ.	ΑΑ020, ΑΑ023, ΑΑ025, ΑΑ028, ΠΑ019, ΠΑ068, ΠΑ106, ΠΑ161
Μπακάκος, Π.	ΠΑ145	Μπιστόλα, Β.	ΑΑ049
Μπακογιάννης, Κ.	ΕΑ008	Μπιτσαρά, Μ.	ΕΑ005, ΠΑ072, ΠΑ130
Μπαλάσκα, Ν.	ΑΑ148, ΠΑ049	Μπλάνη, Β.	ΠΑ170
Μπαλιάφα, Ε.	ΑΑ156	Μπολης, Β.	ΑΑ032, ΑΑ171, ΠΑ059, ΠΑ100
Μπάλλας, Ε.	ΑΑ193	Μπόμπος, Δ.	ΑΑ100
Μπαλταγιάννη, Ε.	ΑΑ181	Μπομπότης, Γ.	ΠΑ063
Μπαλωμενάκης, Χ.	ΠΑ053	Μπονέτη, Μ.	ΑΑ195, ΠΑ046, ΠΑ116, ΠΑ147
Μπαλωμένου, Φ.	ΠΑ163	Μπόνιος, Μ.	ΠΑ128, ΠΑ132
Μπαμπά, Μ.	ΠΑ007	Μπόνου, Μ.	ΑΑ108
Μπαμπατσιάς, Δ.	ΑΑ078, ΑΑ079, ΑΑ122, ΑΑ177, ΕΑ011, ΠΑ021, ΠΑ066, ΠΑ162	Μπόρα, Μ.	ΠΑ022, ΠΑ031, ΠΑ032, ΠΑ129
Μπάμπουλης, Θ.	ΑΑ130	Μποστανίτης, Ι.	ΑΑ038, ΠΑ173
Μπάνης, Δ.	ΑΑ007	Μπούκη, Κ.	ΑΑ143
Μπανός, Α.	ΑΑ133	Μπουκης, Δ.	ΑΑ065, ΑΑ109, ΑΑ142, ΠΑ138
Μπαντουβάς, Γ.	ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ017	Μπουλάς, Π.	ΠΑ002
Μπάρκας, Φ.	ΑΑ120, ΑΑ128, ΠΑ156	Μπούλμπου, Α.	ΑΑ155, ΕΑ008, ΠΑ010
Μπαρμπαγιάννης, Δ.	ΑΑ074, ΑΑ075	Μπουλαδάκης, Α.	ΑΑ054, ΠΑ034
Μπαρμπετσέας, Ι.	ΑΑ108, ΠΑ090	Μπούμπας, Δ.	ΠΑ025
Μπαρουξάκη, Ι.	ΠΑ067, ΠΑ071	Μπουμπουλης, Ν.	ΠΑ062
Μπαρουτίδου, Α.	ΑΑ001, ΠΑ088	Μπούνας, Π.	ΑΑ070, ΑΑ145, ΑΑ146, ΠΑ037, ΠΑ079
Μπάτας, Α.	ΑΑ179	Μπουρατζής, Β.	ΠΑ155, ΠΑ170
Μπατσούλη, Α.	ΠΑ045, ΠΑ055, ΠΑ098	Μπουρδάκης, Ε.	ΑΑ014, ΑΑ016, ΠΑ023
Μπαχλιτζανάκη, Ε.	ΑΑ055, ΑΑ056, ΑΑ103, ΑΑ150, ΑΑ151, ΑΑ190, ΠΑ027, ΠΑ102, ΠΑ133, ΠΑ152		
Μπεζάτη, Σ.	ΑΑ045, ΑΑ054, ΠΑ034		
Μπεκιαρίδου, Α.	ΑΑ156		

Index

- Μπουρμπούλης, Ν. ΑΑ035, ΑΑ039, ΑΑ195,
ΠΑ046, ΠΑ116, ΠΑ147, ΠΑ176
- Μπουσης, Χ. ΑΑ032
- Μπούσουλα, Ε. ΑΑ067, ΑΑ142,
ΠΑ041, ΠΑ057
- Μπούτσικου, Μ. ΑΑ116
- Μπράχος, Ε. ΑΑ083, ΑΑ084, ΑΑ085,
ΑΑ093, ΑΑ094, ΑΑ140, ΑΑ147,
ΑΑ182, ΠΑ086, ΠΑ094
- Μπριασούλης, Α. ΑΑ078, ΑΑ079,
ΑΑ177, ΕΑ011, ΠΑ077
- Μπριστιάνου, Μ. ΠΑ025
- Μυλωνάς, Ε. ΠΑ029
- Μυλωνίδης, Μ. ΑΑ193
- Μυτάς, Δ. ΑΑ106, ΑΑ111, ΑΑ193
- Μωυσιιάδης, Θ. ΑΑ155
- Μωυσιίδης, Δ. ΑΑ156, ΠΑ024,
ΠΑ053, ΠΑ088
- N**
- Νάζου, Γ. ΑΑ172
- Νάκα, Κ. ΑΑ053, ΠΑ155
- Νάκας, Ν. ΑΑ143, ΠΑ030
- Ναλμπαντ, Χ. ΑΑ050, ΑΑ058,
ΑΑ129, ΑΑ167, ΑΑ170, ΠΑ134
- Νασουφίδου, Α. ΑΑ051, ΑΑ152
- Ναυπλιώτης, Ε. ΑΑ143
- Νεύρας, Β. ΑΑ118, ΑΑ119, ΑΑ197, ΠΑ006,
ΠΑ087, ΠΑ089, ΠΑ158, ΠΑ164
- Νιάρχου, Π. ΠΑ098
- Νίκας, Δ. ΠΑ065
- Νικήτας, Γ. ΑΑ134
- Νικητόπουλος, Δ. ΑΑ068, ΑΑ104, ΑΑ194
- Νικολαΐδου, Ο. ΠΑ035, ΠΑ038
- Νικολάκης, Μ. ΑΑ099
- Νικολάου, Α. ΠΑ015
- Νικολάου, Ρ. ΑΑ012
- Νικολιδάκης, Σ. ΑΑ010, ΑΑ115, ΑΑ180
- Νικολοπούλου, Λ. ΠΑ028, ΠΑ139
- Νιότη, Ε. ΑΑ016
- Νταβλούρος, Π. ΑΑ002, ΑΑ125,
ΠΑ001, ΠΑ155
- Νταή, Κ. ΑΑ045, ΑΑ054, ΠΑ034
- Ντάιος, Γ. ΠΑ065
- Νταλακούρας, Ι. ΑΑ144, ΑΑ176,
ΠΑ006, ΠΑ022, ΠΑ031,
ΠΑ089, ΠΑ129, ΠΑ177
- Νταλέκου, Κ. ΑΑ096, ΑΑ109, ΑΑ110,
ΑΑ188, ΠΑ041
- Νταλιάνης, Α. ΑΑ148, ΠΑ049
- Ντάντου, Ε. ΠΑ054
- Ντελίκου, Σ. ΑΑ073, ΠΑ136
- Ντέλιος, Δ. ΠΑ084
- Ντιλούδη, Δ. ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ069,
ΑΑ074, ΑΑ075, ΑΑ096, ΑΑ141,
ΑΑ142, ΑΑ188, ΠΑ138
- Ντινοπούλου, Π. ΑΑ108, ΠΑ090
- Ντουσόπουλος, Α. ΑΑ049
- Νύκταρη, Ε. ΑΑ084, ΠΑ078
- Ξ**
- Ξανθόπουλος, Α. ΠΑ033, ΠΑ051
- Ξανθοπούλου, Ε. ΑΑ047
- Ξανθοπούλου, Σ. ΑΑ044
- Ξενογιάννης, Ι. ΑΑ169, ΠΑ118
- Ξηνταράκου, Α. ΑΑ002, ΑΑ154, ΠΑ001
- Ξύγκα, Γ. ΠΑ155
- Ξυδάκη, Α. ΑΑ073, ΠΑ136
- Ξυδής, Π. ΑΑ154, ΠΑ127
- Ξυδώνας, Σ. ΑΑ013, ΠΑ045, ΠΑ055,
ΠΑ098, ΠΑ101
- Ο**
- Οικονομίδης, Δ. ΑΑ010, ΑΑ053, ΑΑ115,
ΑΑ180, ΠΑ095, ΠΑ150
- Οικονομίδης, Ι. ΑΑ025, ΑΑ028, ΑΑ087,
ΑΑ121, ΠΑ025, ΠΑ026, ΠΑ034,
ΠΑ068, ΠΑ070, ΠΑ080, ΠΑ083
- Οικονομοπούλου, Η. ΑΑ053
- Οικονόμου, Γ. ΑΑ002, ΕΑ004,
ΠΑ001, ΠΑ139
- Οικονόμου, Δ. ΑΑ030, ΑΑ031, ΑΑ089,
ΑΑ097, ΑΑ139, ΑΑ166, ΠΑ085,
ΠΑ117, ΠΑ122, ΠΑ125, ΠΑ144

Index

- Οικονόμου, Ερ. ΑΑ079, ΕΑ011, ΠΑ162
 Οικονόμου, Ευ.ΑΑ081, ΑΑ130, ΑΑ137,
 ΠΑ007, ΠΑ074, ΠΑ145, ΠΑ159
 Οικονόμου, Π.ΑΑ032, ΑΑ171, ΠΑ059,
 ΠΑ100
 Οικονόμου, Φ. ΠΑ082
 Ολύμπιος, Χ.ΑΑ070, ΑΑ145, ΑΑ146,
 ΠΑ079
 Ορφανός, Σ. ΠΑ098
 Ορφανός, Φ. ΑΑ086
 Ουζούνη, Σ. ΠΑ084
- Π**
- Παγκοζίδης, Η. ΑΑ138
 Παγκουρέλιας, Ε. ΑΑ155, ΕΑ008, ΠΑ084
 Παϊζης, Ι. ΠΑ090
 Παλητζήκα, Δ. ΑΑ138, ΑΑ198
 Πάλλας, Θ. ΠΑ115
 Παμπόρης, Κ. ΑΑ021, ΠΑ087, ΠΑ158,
 ΠΑ164, ΠΑ165
 Παναγιωτακόπουλος, Β. ΠΑ168
 Παναγιωτάκος, Δ. ΑΑ120, ΑΑ128, ΠΑ156
 Παναγιωτόπουλος, Ι. ΑΑ008, ΑΑ077,
 ΑΑ157, ΑΑ192, ΠΑ077,
 ΠΑ142
 Παναγιώτου, Α. ΑΑ012
 Παντελίδης, Π. ΑΑ130, ΠΑ007, ΠΑ074
 Παπά, Α. ΕΑ010
 Παπαβασιλείου, Μ. ΑΑ024, ΑΑ027
 Παπαγεωργίου, Αγγ. ΑΑ125
 Παπαγεωργίου, Αθ. ΑΑ125
 Παπαγεωργίου, Χ. ΕΑ009
 Παπαγιάννης, Γ. ΠΑ135
 Παπαγιάννης, Ιωάννης ΑΑ100
 Παπαγιάννης, Ν. ΑΑ095, ΑΑ112,
 ΠΑ002, ΠΑ157
 Παπαδημητρίου, Μ. ΠΑ146
 Παπαδόπουλος, Α. ΠΑ019
 Παπαδόπουλος, Γ. ΠΑ103, ΠΑ104, ΠΑ163
 Παπαδόπουλος, Δ. ΑΑ126
 Παπαδόπουλος, Ι. ΑΑ034, ΑΑ035,
 ΑΑ039, ΑΑ115, ΑΑ180, ΠΑ176
- Παπαδόπουλος, Κ. ΑΑ053, ΑΑ115,
 ΑΑ180, ΠΑ095, ΠΑ150
 Παπαδόπουλος, Χρ. ΑΑ152, ΑΑ155,
 ΠΑ010, ΠΑ084, ΠΑ155, ΠΑ170
 Παπαδοπούλου, Α. ΠΑ073
 Παπαδοπούλου, Β. ΠΑ160
 Παπαδοπούλου, Η. Ν. ΑΑ097, ΑΑ089,
 ΑΑ139, ΑΑ183, ΠΑ049,
 ΠΑ085, ΠΑ105, ΠΑ117, ΠΑ144
 Παπαδοπούλου, Σ. Λ. ΑΑ160, ΠΑ081
 Παπαζαφειρίου, Π. ΠΑ035
 Παπάζογλου, Α. ΑΑ051, ΑΑ156, ΕΑ010,
 ΠΑ024, ΠΑ053, ΠΑ088, ΠΑ178
 Παπάζογλου, Σ. ΑΑ184
 Παπαθανασίου, Κ. ΑΑ006, ΠΑ155, ΠΑ170
 Παπαθεοδωρίδη, Α. ΠΑ159
 Παπαθεοδώρου, Ε. ΑΑ192
 Παπαθεοδώρου, Σ. ΑΑ012
 Παπαοικονόμου, Ε. ΑΑ055
 Παπαϊωάννου, Θ. ΠΑ007
 Παπαϊωάννου, Μ. ΑΑ122, ΑΑ177,
 ΕΑ011, ΠΑ021
 Παπακωνσταντίνου, Κ. ΠΑ108,
 ΠΑ168, ΠΑ172
 Παπακωνσταντίνου, Ν. ΑΑ069,
 ΑΑ074, ΠΑ041, ΠΑ057, ΠΑ119
 Παπακωνσταντίνου, Π. ΠΑ045,
 ΠΑ055, ΠΑ101
 Παπαμικρούλης, Γ. Α. ΠΑ145, ΠΑ159
 Παπαναστασίου, Χ. ΠΑ067, ΠΑ071
 Παπανικολάου, Α. ΑΑ138, ΠΑ060,
 ΠΑ121, ΠΑ124
 Παπανικολάου, Γ. ΠΑ146
 Παπαντωνίου, Β. ΕΑ011
 Παπαοικονόμου, Ε.ΑΑ055, ΑΑ150, ΠΑ027
 Παπαπαναγιώτου, Α. Ρ. ΑΑ097,
 ΑΑ166, ΠΑ117, ΠΑ125, ΠΑ144
 Παπαπέτρου, Π. ΠΑ007
 Παπασάββας, Η. ΑΑ012
 Παπασπυρόπουλος, Α. ΑΑ143, ΠΑ030
 Παπασταύρου, Α. ΑΑ130
 Παπαστεφανάτος, Σ. ΑΑ138

Index

Παπαστεφάνου, Σ.	ΑΑ007	Πατσουράκος, Δ.	ΑΑ064, ΑΑ073,
Παπαφάνης, Θ.	ΑΑ106, ΑΑ111,	ΕΑ005, ΠΑ072, ΠΑ130, ΠΑ136	
	ΑΑ117, ΑΑ193, ΠΑ044	Πατσουράκος, Ν.	ΑΑ069, ΑΑ101,
Παπαχρήστου, Α.	ΠΑ142		ΠΑ041, ΠΑ057, ΠΑ119
Παπαχρήστου, Π.	ΑΑ100	Παττακός, Γ.	ΠΑ062
Παπιγγιώτης, Γ.	ΑΑ097, ΑΑ139,	Παυλίδης, Γ.	ΑΑ087
	ΑΑ183, ΠΑ117, ΠΑ125	Παυλίδης, Γ.ΑΑ121, ΠΑ025, ΠΑ080, ΠΑ083	
Παπουλίδης, Ν.	ΑΑ059	Πελέκα, Π.	ΑΑ138
Παππά, Ε.	ΑΑ032, ΑΑ171, ΠΑ039,	Πελεκάνου, Α.	ΠΑ025
	ΠΑ040, ΠΑ059, ΠΑ100	Πέπερα, Γ.	ΑΑ127
Παππάς, Α.	ΑΑ034, ΑΑ035, ΑΑ039	Πέπερας, Γ.	ΑΑ127
Παππάς, Λ.	ΑΑ097, ΑΑ166, ΠΑ117,	Πέπης, Π.	ΑΑ189
	ΠΑ122, ΠΑ125	Πέππα, Μ.	ΑΑ106
Παππάς, Ν.	ΑΑ071, ΑΑ072	Περβανά, Α. Μ.	ΑΑ116
Παππάς, Χ.	ΑΑ169, ΠΑ118	Περλεπέ, Κ.	ΑΑ071, ΠΑ078,
Παππέλης, Κ.	ΠΑ011, ΠΑ016,		ΠΑ113, ΠΑ132, ΠΑ142
	ΠΑ020, ΠΑ131	Πεσιρίδης, Θ.	ΠΑ159
Παραβολιδάκης, Κ.	ΑΑ002, ΠΑ001	Πετούσης, Σ.	ΑΑ164, ΑΑ165, ΑΑ174
Παρασκευαΐδης, Ι.	ΑΑ148, ΠΑ049	Πετράς, Δ.	ΑΑ064, ΠΑ031, ΠΑ129
Παρασκευαΐδης, Σ.	ΑΑ002, ΠΑ001	Πετρίδου, Μ.	ΑΑ155, ΕΑ008
Παρασκευόπουλος, Δ.	ΑΑ060, ΠΑ141	Πετρόπουλος, Ι.	ΑΑ078, ΑΑ079,
Παρασκευοπούλου, Δ.	ΠΑ139		ΑΑ177, ΕΑ011, ΠΑ162
Παρθενάκης, Φρ.	ΑΑ179	Πέτσιος, Κ.	ΑΑ138
Παρίσης, Ι.	ΑΑ045, ΑΑ049, ΑΑ054,	Πηρουνάκη, Μ.	ΑΑ133
	ΠΑ026, ΠΑ034, ΠΑ083	Πικάση, Α.	ΑΑ158
Παρίσης, Χ.	ΠΑ037	Πικούλης, Ε.	ΠΑ036
Πασχάλης, Α.	ΑΑ153	Πισιμίσης, Ε.	ΠΑ041
Παταβούκας, Γ.	ΠΑ101	Πιταροκοΐλης, Μ.	ΑΑ055, ΑΑ056,
Πατέλλη, Μ.	ΑΑ145		ΑΑ103, ΑΑ150, ΑΑ151, ΑΑ164,
Πατερομιχελάκης, Θ.	ΑΑ014, ΑΑ016,		ΑΑ165, ΑΑ174, ΠΑ102, ΠΑ171
	ΑΑ017, ΠΑ023	Πίτσαβος, Χ.	ΑΑ120, ΑΑ128, ΠΑ156
Πατουλιάς, Δ.	ΑΑ152, ΠΑ009, ΠΑ164	Πλαϊτίης, Α.	ΑΑ069, ΑΑ075, ΑΑ101
Πατραμάνη, Α.	ΠΑ033	Πλατάκη, Μ.	ΑΑ179
Πάτρας, Ρ.	ΑΑ078, ΑΑ079, ΑΑ122,	Πλατανιάς, Κ.	ΑΑ158
	ΑΑ177, ΠΑ021, ΠΑ162	Πλατογιάννης, Δ.	ΑΑ036, ΑΑ175
Πάτρης, Β.	ΠΑ168	Πλατογιάννης, Ν.	ΑΑ036, ΑΑ140, ΑΑ175
Πατριανάκος, Α.	ΑΑ179	Πλεύρη, Β.	ΑΑ032
Πατσιάνης, Σ.	ΑΑ024, ΑΑ027	Πλευριτάκη, Α.	ΑΑ014, ΑΑ016,
Πάτσιος, Π.	ΠΑ148		ΑΑ017, ΑΑ179, ΠΑ023
Πάτσιου, Β.	ΑΑ001	Πλιουτα, Λ.	ΠΑ025, ΠΑ080
Πασιώτης, Η.	ΑΑ005, ΑΑ008,	Πολίτης, Α.	ΑΑ133
	ΑΑ011, ΑΑ037, ΑΑ157	Πολίτης, Ε.	ΑΑ045, ΑΑ054

Index

- Πολύζος, Δ. ΑΑ015, ΑΑ123, ΠΑ101
 Πολυζωγοπούλου, Ε. ΑΑ045, ΑΑ049, ΑΑ054, ΠΑ034
 Πολυμερόπουλος, Κ. ΑΑ002, ΑΑ044, ΑΑ046, ΠΑ001, ΠΑ054
 Πόντη, Μ. ΠΑ067, ΠΑ071
 Ποτούπνη, Β. ΠΑ010, ΠΑ170
 Πουλημένος, Λ. ΑΑ116
 Πουλιδάκης, Ε. ΠΑ148
 Πουλιδάκης, Ν. ΑΑ164
 Πούλιου, Λ. ΑΑ085, ΑΑ094, ΑΑ140, ΠΑ086, ΠΑ094
 Πράπα, Β. ΠΑ172
 Πράπα, Σ. ΠΑ105
 Πράπας, Σ. ΠΑ108, ΠΑ172
 Πράππα, Ε. ΑΑ084, ΠΑ098
 Πρεντάκης, Α. ΑΑ133
 Προγκάκη, Ζ. ΑΑ195, ΠΑ116, ΠΑ147
 Πρωτόπαπας, Κ. ΠΑ019
 Πυλαρινός, Ι. ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ143
 Πυρπητής, Ν. ΑΑ040, ΠΑ060
- P**
 Ραϊτσος - Εξαρχόπουλος, Ι. ΠΑ005, ΠΑ047
 Ραλλίδης, Λ. ΠΑ155, ΠΑ170
 Ράμμος, Σ. ΠΑ113
 Ράπτης, Δ. ΑΑ083, ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ094, ΑΑ140, ΑΑ147, ΑΑ182, ΠΑ094
 Ραφαηλίδης, Β. ΑΑ042
 Ρεμπάκος, Α. ΑΑ078
 Ρεπάσος, Ε. ΑΑ148, ΕΑ011, ΠΑ049
 Ρηγόπουλος, Α. ΠΑ111
 Ρήτα, Ι. ΠΑ034
 Ρίζος, Α. ΠΑ154
 Ριτσάτος, Κ. ΠΑ095, ΠΑ097
 Ρογδάκης, Ε. ΑΑ055, ΑΑ103, ΑΑ190, ΠΑ102
 Ρογδάκης, Π. ΑΑ164
 Ρόδης, Ι. ΑΑ146
 Ρόρρης, Φ. Π. ΠΑ168
- Ρούσκα, Π. ΠΑ067, ΠΑ071
 Ρωμανά, Κ. ΑΑ172
 Ρώσσιος, Κ. ΑΑ160
- Σ**
 Σάββα, Ε. ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ165, ΠΑ023
 Σαββόπουλος, Χ. ΠΑ067, ΠΑ071
 Σαγρής, Δ. ΠΑ065
 Σαγρής, Μ. ΠΑ060, ΠΑ121, ΠΑ124, ΠΑ165
 Σαϊτη, Α. ΕΑ010
 Σακαλίδης, Α. ΑΑ015, ΑΑ019, ΑΑ026, ΑΑ033, ΑΑ040, ΑΑ041, ΑΑ043, ΑΑ114, ΑΑ135, ΑΑ137, ΑΑ144, ΑΑ168, ΠΑ013, ΠΑ020, ΠΑ022, ΠΑ031, ΠΑ032, ΠΑ052, ΠΑ060, ΠΑ123, ΠΑ129, ΠΑ130, ΠΑ177
 Σακελλαρίου, Ξ. ΠΑ065
 Σακελλαροπούλου, Α. ΑΑ115, ΑΑ180, ΑΑ195, ΠΑ046, ΠΑ116, ΠΑ147, ΠΑ176
 Σαλαβράκος, Σ. ΑΑ134
 Σαλματζίδης, Π. ΕΑ008
 Σαμαρά, Ε. ΑΑ191
 Σαμαράς, Α. ΑΑ051, ΑΑ152, ΑΑ156, ΠΑ053
 Σαμιώτης, Ε. ΠΑ155
 Σαμιώτης, Η. ΑΑ172, ΠΑ168
 Σανίδας, Η. ΠΑ160
 Σαπλαούρας, Α. ΑΑ004, ΑΑ005, ΑΑ008, ΑΑ011, ΑΑ037, ΑΑ157, ΑΑ163
 Σαραντάρη, Κ. ΠΑ115
 Σαραντινού, Μ. ΑΑ117
 Σαργιαννίδης, Θ. ΠΑ084
 Σαρρού, Μ. ΑΑ144, ΠΑ177
 Σαχηκεκίδης, Β. ΑΑ162, ΠΑ081
 Σδόγκος, Ε. ΑΑ060, ΑΑ159, ΠΑ141
 Σεραφείμ, Π. ΑΑ195, ΠΑ046, ΠΑ116, ΠΑ147
 Σεραφετινίδης, Ι. ΠΑ166
 Σέρβος, Γ. ΑΑ100
 Σεργεντάνης, Θ. ΠΑ160
 Σερέτης, Α. ΑΑ100

Index

Σερτεδάκη Ε.	ΑΑ148	Σμιγάδης, Ν.	ΑΑ193
Σεχίδου, Α.	ΑΑ076	Σμπαρούνη, Ε.	ΠΑ077
Σημαντηράκης, Ε.	ΑΑ002, ΑΑ012, ΠΑ001	Σμυρνιουδής, Ν.	ΑΑ095, ΑΑ112, ΠΑ002, ΠΑ157
Σιάνης, Α.	ΑΑ122, ΠΑ162	Σολοβού, Χ.	ΑΑ156
Σιάρκος, Μ.	ΑΑ088, ΠΑ126	Σολωμού, Ε.	ΠΑ028, ΠΑ072
Σιάσος, Γ.	ΑΑ081, ΑΑ130, ΠΑ007, ΠΑ074, ΠΑ145, ΠΑ159	Σοροπούλου, Π.	ΑΑ076
Σιάφη, Ε.	ΑΑ018, ΑΑ019, ΑΑ019, ΑΑ026, ΑΑ138, ΠΑ013, ΠΑ014, ΠΑ015, ΠΑ017, ΠΑ022	Σουβαλιώτης, Ν.	ΠΑ145
Σιδεράς, Ε.	ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ164, ΑΑ174, ΠΑ023	Σουβλάκη, Μ.	ΑΑ013
Σιδέρης, Α.	ΑΑ002, ΠΑ001, ΠΑ045, ΠΑ098	Σουλαϊδόπουλος, Σ.	ΑΑ002, ΑΑ033, ΑΑ040, ΑΑ041, ΑΑ043, ΑΑ114, ΑΑ144, ΑΑ154, ΑΑ168, ΠΑ001, ΠΑ060, ΠΑ060, ΠΑ121, ΠΑ124, ΠΑ127
Σιδερίης, Σ.	ΑΑ002, ΑΑ013, ΑΑ061, ΑΑ082, ΑΑ102, ΑΑ105, ΑΑ154, ΠΑ001, ΠΑ006, ΠΑ052, ΠΑ089, ΠΑ112, ΠΑ139, ΠΑ149, ΠΑ154	Σουσουνή, Χ.	ΑΑ120, ΑΑ128
Σιδηροπουλος, Γ.	ΑΑ004, ΑΑ163, ΠΑ126, ΠΑ173	Σοφινιάδη, Α.	ΑΑ120, ΑΑ128
Σιδηροπούλου, Ε.	ΑΑ195, ΠΑ046, ΠΑ116, ΠΑ147	Σπάγος, Γ.	ΠΑ126
Σιλιόγκας, Π.	ΠΑ115	Σπαθαράκη, Π.	ΑΑ016
Σιμποπούλου, Χ.	ΠΑ139	Σπανός, Α.	ΠΑ050
Σινανης, Θ.	ΑΑ003, ΑΑ173	Σπάργιας, Κ.	ΠΑ062
Σινού, Ν.	ΑΑ120, ΑΑ128	Σπαχίου, Α.	ΑΑ159, ΠΑ141
Σιούλα, Κ.	ΑΑ028	Σπυριδοπούλου, Α.	ΑΑ051
Σίσκου, Ο.	ΑΑ138	Σπυριδωνίδης, Ε.	ΠΑ088
Σισμανίδης, Σ.	ΑΑ191	Σταθογιάννης, Κ.	ΠΑ062
Σιταράς, Π.	ΑΑ095, ΠΑ154	Σταθουλοπούλου, Μ.	ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ019, ΑΑ123, ΠΑ013, ΠΑ017
Σιωνίδη, Ι.	ΑΑ070, ΑΑ145	Σταϊνχάουερ, Ξ.	ΑΑ039
Σκαλης, Γ.	ΑΑ110, ΑΑ113	Στάκος, Δ.	ΑΑ050, ΑΑ058, ΑΑ129, ΑΑ167, ΑΑ170, ΠΑ134
Σκαλίδης, Ε.	ΑΑ164, ΑΑ165, ΑΑ174	Σταλίδου, Ζ.	ΑΑ060
Σκανδάλη, Α.	ΑΑ120, ΑΑ128	Σταλίκας, Δ.	ΑΑ089, ΑΑ097, ΑΑ139, ΑΑ166, ΑΑ183, ΠΑ085, ΠΑ105, ΠΑ117, ΠΑ122, ΠΑ125, ΠΑ144
Σκαντζίκας, Π.	ΑΑ075, ΑΑ110, ΑΑ113	Σταλίκας, Ν.	ΕΑ010, ΠΑ178
Σκιαδαρέση, Χ.	ΕΑ011	Σταματελόπουλος, Κ.	ΑΑ078, ΑΑ079, ΑΑ122, ΑΑ177, ΕΑ011, ΠΑ021, ΠΑ066, ΠΑ077, ΠΑ162
Σκιαδάς, Ι.	ΑΑ002, ΠΑ001	Σταματοπούλου, Ε.	ΠΑ037
Σκουλαρίγκης, Ι.	ΠΑ033, ΠΑ051, ΠΑ155, ΠΑ170	Σταμέλλος, Μ.	ΠΑ108
Σκουλούδη, Μ.	ΑΑ108	Στάμος, Κ.	ΑΑ160, ΑΑ162, ΠΑ043
Σμαραγδάκη, Μ.	ΑΑ164	Στάμου, Ν.	ΑΑ059
Σμαρδά, Μ.	ΠΑ030	Σταμούλη, Μ.	ΠΑ070
		Σταμούλης, Κ.	ΠΑ026, ΠΑ083

Index

Σταμούλοπουλος, Ι.	ΠΑ127	T	
Σταμπολίου, Ε.	ΠΑ031	Ταβερναράκης, Ν.	ΑΑ179
Στανίτσα, Ν.	ΠΑ168	Ταμπάκης, Κ.	ΠΑ049
Στασινοπούλου, Μ.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ143	Τασούλας, Δ.	ΑΑ143, ΠΑ030, ΠΑ153, ΠΑ155, ΠΑ170
Σταυράκης, Σ.	ΑΑ055, ΑΑ151, ΠΑ102, ΠΑ171	Τασούλας, Η.	ΠΑ153
Σταυράτη, Α.	ΑΑ044, ΑΑ046, ΠΑ054	Τασση, Β.	ΑΑ139, ΑΑ183, ΠΑ085, ΠΑ105
Σταυράτης, ΣΠ.	ΑΑ055, ΑΑ190	Τατάκης, Φ.ΑΑ019, ΠΑ013, ΠΑ014, ΠΑ015	
Σταυράτης, Στ.	ΑΑ151	Τάτσης, Ε.	ΑΑ010, ΑΑ053, ΑΑ115, ΑΑ180, ΠΑ095, ΠΑ150, ΠΑ176
Σταυρίδου, Ι.	ΑΑ076	Ταφραλή, Β.	ΑΑ106, ΑΑ111
Σταυρινούδης, Ι.	ΑΑ095, ΑΑ112, ΠΑ002, ΠΑ157	Τελάκη, Β.	ΠΑ039, ΠΑ040
Σταυρόπουλος, Γ.	ΑΑ051	Τελλής, Κ.	ΑΑ022
Σταχτέας, Π.	ΑΑ051, ΑΑ152, ΠΑ087, ΠΑ158, ΠΑ164	Τερεντές-Πρίντζιος, Δ.	ΑΑ030, ΑΑ031, ΠΑ015, ΠΑ072, ΠΑ121, ΠΑ124
Στέλλος, Κ.	ΑΑ122, ΠΑ021, ΠΑ066, ΠΑ162	Τερζής, Γ.	ΑΑ130
Στεργιανός, Ε.	ΑΑ158	Τερόλι, Ε.	ΑΑ195
Στογίλκοβιτς, Α.	ΑΑ127	Τζαβάρα, Β.	ΠΑ150
Στουγιαννος, Π.	ΠΑ096	Τζαβίδα, Κ.	ΑΑ010, ΑΑ034, ΑΑ035
Στόφα, Ε.	ΠΑ166	Τζαγκαράκη, Ε.	ΑΑ179
Στρατάκης, Ι.	ΑΑ059	Τζαλαμούρας, Β.	ΑΑ038, ΑΑ088, ΠΑ063, ΠΑ173
Στρατηγός, Α.	ΠΑ056	Τζάλας, Δ.	ΑΑ089, ΑΑ139, ΑΑ166, ΠΑ085, ΠΑ122
Στρατινάκη, Μ.	ΑΑ055, ΑΑ056, ΑΑ190, ΠΑ027, ΠΑ102, ΠΑ133, ΠΑ152, ΠΑ171	Τζιακάς, Δ.	ΑΑ050, ΑΑ058, ΑΑ129, ΑΑ167, ΑΑ170, ΠΑ134, ΠΑ155, ΠΑ170
Στυλιάδης, Ι.	ΑΑ160, ΑΑ162, ΠΑ043, ΠΑ063, ΠΑ081	Τζιάλλας, Κ. Κ.	ΠΑ079
Στυλιάρας, Α.	ΑΑ122	Τζίκας, Α.	ΑΑ156, ΠΑ065
Συγκούνα, Δ.	ΑΑ138	Τζίκας, Στ.	ΠΑ084
Συμεωνίδου, Ε.	ΑΑ006	Τζίμα, Ε.	ΑΑ032
Συμινελάκης, Σ.	ΑΑ191	Τζίμα, Ι.	ΠΑ145
Συνετός, Α.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ037, ΠΑ121, ΠΑ123, ΠΑ143	Τζινιέρης, Τ.ΑΑ065, ΑΑ096, ΑΑ110, ΑΑ142	
Σύρμου, Ε.	ΠΑ035, ΠΑ038	Τζιόμαλος, Γ.	ΠΑ077
Συρσελούδης, Δ.	ΑΑ061, ΠΑ149	Τζιούφας, Α.	ΑΑ108
Σφηκάκης, Π.	ΑΑ120, ΑΑ128, ΠΑ156	Τζίφα, Α.	ΠΑ088
Σχίζας, Ν.	ΑΑ172	Τζίφος, Β.	ΕΑ009
Σχισμένος, Β.	ΠΑ115	Τζιώλας, Ν.	ΑΑ083, ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ093, ΑΑ094, ΑΑ140, ΑΑ147, ΑΑ182, ΠΑ086, ΠΑ094
Σχοινάς, Α.	ΑΑ025	Τζούμας, Α.	ΠΑ121, ΠΑ124
Σωτηράκου, Κ.	ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ143	Τζωρακοελευθεράκη, Σ. Ε.	ΠΑ178
Σωτηρίου, Ζ.	ΠΑ006, ΠΑ089	Τόλη, Κ.	ΑΑ158
Σωτηρίου, Π.	ΑΑ071, ΑΑ072, ΠΑ142		

Index

Τόλης, Η.	AA064, AA102, EA005, ΠΑ130, ΠΑ136	Τσαγκαρόπουλος, Α.	AA116
Τόλιος, Π.	AA153	Τσακίριδης, Κ.	AA042, EA006
Τομάζου, Γ.	EA011	Τσαλαμανδρή, Σ.	AA062, AA082, AA105, AA138, ΠΑ112, ΠΑ143, ΠΑ149
Τόμος, Π.	ΠΑ168	Τσαλκάνης, Β.	AA050, AA058
Τορνικίδου, Μ.	AA076	Τσαμούλης, Δ.	ΠΑ155, ΠΑ170
Τόσιος, Π.	AA189	Τσάμπρας, Θ.	AA185, AA185
Τουλγαρίδης, Φ.	ΠΑ101	Τσαναξίδης, Ν.	AA160, AA162, ΠΑ043, ΠΑ063
Τουμπουρλέκα, Μ.	AA155, ΠΑ009, ΠΑ084	Τσαντούλας, Α.	AA062, AA104, AA194
Τούντας, Χ.	AA111, AA193	Τσαρουχάς, Α.	ΠΑ010
Τουρμούσογλου, Χ.	AA191	Τσαρτσάλης, Δ.	AA064, AA073, EA005, ΠΑ072, ΠΑ130, ΠΑ136
Τουρνάς, Γ.	ΠΑ073	Τσατίρης, Κ.	AA083, AA084, AA085, AA093, AA094, AA140, AA147, AA182, ΠΑ086, ΠΑ094
Τούσουλης, Δ.	AA002, AA081, AA130, AA137, ΠΑ001, ΠΑ072, ΠΑ074, ΠΑ121, ΠΑ124, ΠΑ159, ΠΑ165	Τσελεγγίδη, Μ. Ε.	AA078, AA177, EA011
Τούτουζας, Κ.	AA062, AA068, AA098, ΠΑ028, ΠΑ056, ΠΑ064, ΠΑ077, ΠΑ114, ΠΑ121, ΠΑ124, ΠΑ139, ΠΑ143	Τσελέπης, Α.	AA022
Τουχαντζίδου, Κ.	AA143, ΠΑ030	Τσέλιου, Ε.	ΠΑ066
Τρανταλής, Γ.	ΠΑ056, ΠΑ139, ΠΑ149	Τσέτικα, Ε. Γ.	AA037, ΠΑ078, ΠΑ113, ΠΑ132
Τριανταφυλλίδη, Ε.	AA020, AA022, AA023, AA025, AA028, ΠΑ019, ΠΑ068, ΠΑ106, ΠΑ161	Τσιάμης, Ε.	AA102, ΠΑ123, ΠΑ177
Τριανταφύλλου, Α.	ΠΑ081	Τσιάμης, Ν.	AA117
Τριανταφύλλου, Ε.	AA105, ΠΑ006, ΠΑ052, ΠΑ089, ΠΑ139	Τσιάμης, Σ.	ΠΑ148
Τριανταφύλλου, Κ.	AA089, AA097, AA139, AA166, EA008, ΠΑ009, ΠΑ085, ΠΑ117, ΠΑ122, ΠΑ125, ΠΑ144	Τσιαμπαλής, Α.	AA072
Τριάντης, Γ.	ΠΑ065	Τσιάπρας, Δ.	ΠΑ097, ΠΑ179
Τρίγκα- Βασιλακοπούλου, Α.	AA125	Τσιαφούτης, Ι.	AA010, AA034, AA035, AA039, AA053, AA115, AA180, ΠΑ095, ΠΑ150, ΠΑ176
Τρίκας, Α.	AA021, AA153, ΠΑ096, ΠΑ135, ΠΑ148, ΠΑ155, ΠΑ170	Τσιαχρή, Δ.	AA002, AA154, EA004, ΠΑ001, ΠΑ007, ΠΑ050, ΠΑ082
Τρίκας, Γ.	AA021	Τσίγκας, Γ.	AA125
Τρουγάκος, Ι.	AA177	Τσίγκου, Β.	AA130
Τσαβίδα, Κ.	AA039	Τσιγκρικη, Λ.	AA088, ΠΑ126
Τσαβούσογλου, Χ.	AA155, ΠΑ084	Τσικούρης, Ε.	ΠΑ139
Τσαγκάρης, Χ.	ΠΑ053	Τσιλιβαράκης, Δ.	ΠΑ070, ΠΑ083
		Τσίμος, Κ.	ΠΑ065
		Τσινόπουλος, Γ.	AA046
		Τσιούλη, Ε.	EA008

Index

- Τσιούφης, Κ. ΑΑ002, ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ019, ΑΑ026, ΑΑ030, ΑΑ031, ΑΑ033, ΑΑ040, ΑΑ041, ΑΑ043, ΑΑ062, ΑΑ064, ΑΑ068, ΑΑ073, ΑΑ081, ΑΑ086, ΑΑ090, ΑΑ114, ΑΑ120, ΑΑ123, ΑΑ128, ΑΑ133, ΑΑ135, ΑΑ137, ΑΑ138, ΑΑ144, ΑΑ154, ΑΑ168, ΑΑ176, ΑΑ185, ΕΑ004, ΕΑ005, ΠΑ001, ΠΑ011, ΠΑ013, ΠΑ014, ΠΑ015, ΠΑ016, ΠΑ017, ΠΑ020, ΠΑ022, ΠΑ028, ΠΑ031, ΠΑ032, ΠΑ037, ΠΑ050, ΠΑ056, ΠΑ060, ΠΑ064, ΠΑ072, ΠΑ077, ΠΑ092, ΠΑ110, ΠΑ114, ΠΑ121, ΠΑ123, ΠΑ124, ΠΑ127, ΠΑ129, ΠΑ130, ΠΑ131, ΠΑ136, ΠΑ139, ΠΑ143, ΠΑ156, ΠΑ165, ΠΑ177
- Τσιούφης, Π. ΑΑ026, ΑΑ041, ΑΑ043, ΑΑ123, ΑΑ133, ΑΑ137, ΑΑ168, ΕΑ004, ΠΑ015, ΠΑ050, ΠΑ060
- Τσιριγώτης, Π. ΠΑ070
- Τσολάκη, Β. ΠΑ140
- Τσότρα, Μ. ΑΑ080, ΑΑ099, ΑΑ178, ΠΑ091
- Τσούμπου, Ι. ΑΑ015, ΑΑ019, ΠΑ013, ΠΑ017
- Τυροβολά, Δ. ΠΑ052, ΠΑ139
- Φ**
- Φάκας, Γ. ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ094, ΠΑ094
- Φάμπρη, Α. ΑΑ020, ΑΑ022, ΑΑ023, ΑΑ025, ΑΑ028, ΠΑ068, ΠΑ106, ΠΑ161
- Φαρδούλης, Ε. ΑΑ181
- Φαρμάκης, Δ. ΑΑ162
- Φαρμάκης, Ι. ΠΑ103, ΠΑ104
- Φελοικίδης, Χ. ΑΑ091, ΠΑ103, ΠΑ104
- Φέσκου, Ε. ΑΑ062, ΑΑ068, ΠΑ143
- Φιλιππάκης, Μ. ΠΑ029
- Φιλιππάτος, Γ. ΑΑ002, ΑΑ006, ΑΑ049, ΠΑ001, ΠΑ026
- Φιλίππου, Χ. ΠΑ015
- Φλεβάρη, Π. ΑΑ002, ΠΑ001
- Φλέσσα, Κ. ΑΑ195, ΠΑ046, ΠΑ116, ΠΑ147
- Φλωροπούλου, Χ. ΑΑ053, ΑΑ180, ΠΑ150
- Φλώρος, Θ. ΑΑ083, ΑΑ147
- Φουκαράκης, Ε. ΑΑ055, ΑΑ056, ΑΑ103, ΑΑ150, ΑΑ151, ΑΑ190, ΠΑ027, ΠΑ102, ΠΑ133, ΠΑ152, ΠΑ171
- Φούντος, Γ. ΑΑ039
- Φραγκάκης, Ν. ΑΑ002, ΑΑ004, ΑΑ051, ΑΑ152, ΑΑ157, ΑΑ163, ΠΑ001, ΠΑ009, ΠΑ087, ΠΑ158, ΠΑ164
- Φραγκιαδάκης, Κ. ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ017, ΑΑ179, ΠΑ023
- Φραγκιαδουλάκης, Ι. ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ017, ΑΑ164, ΑΑ174, ΠΑ023
- Φράγκου, Π. ΠΑ019
- Φραγκούλης, Χ. ΑΑ015, ΑΑ019, ΑΑ026, ΑΑ123, ΑΑ133, ΑΑ135, ΑΑ144, ΠΑ127, ΠΑ129, ΠΑ177
- Φρογουδάκη, Α. ΠΑ026, ΠΑ083, ΠΑ088
- Φώτη, Μ. ΑΑ044
- Φώτος, Γ. ΑΑ034, ΑΑ035, ΑΑ195, ΠΑ046, ΠΑ116, ΠΑ147
- Χ**
- Χαβελές, Ι. ΑΑ002, ΑΑ183, ΠΑ001
- Χάιδιτς, Α. Μ. ΑΑ001
- Χαλδούπης, Α. ΑΑ148, ΑΑ195, ΠΑ116, ΠΑ147
- Χαλικιάς, Γ. ΑΑ050, ΑΑ058, ΑΑ129, ΑΑ167, ΑΑ170, ΠΑ134
- Χαλκία, Α. ΠΑ031
- Χαματζόλα, Ε. ΑΑ139, ΠΑ105, ΠΑ122
- Χαμηλός, Μ. ΑΑ164, ΑΑ165, ΑΑ174
- Χαμογεωργάκης, Θ. ΠΑ128, ΠΑ132
- Χαραλαμπόπουλος, Π. ΠΑ005, ΠΑ047
- Χαραλάμπους, Γ. ΑΑ138
- Χαριτίδου, Σ. ΠΑ035, ΠΑ038
- Χαρίτος, Δ. ΑΑ097, ΑΑ166, ΠΑ117, ΠΑ125
- Χασικίδης, Χ. ΑΑ002, ΑΑ137, ΠΑ001, ΠΑ166
- Χατζηαντωνίου, Α. ΑΑ005, ΑΑ157, ΠΑ078
- Χατζηγεωργίου, Ν. ΑΑ007
- Χατζηδημητρίου, Δ. ΕΑ010
- Χατζηδημητρίου, Ε. ΠΑ056

Index

Χατζής, Δ.	ΑΑ191
Χατζίκια, Κ.	ΑΑ138, ΑΑ198
Χατζοπούλου, Μ.	ΑΑ138
Χατζοπούλου, Φ.	ΕΑ010
Χειλαδάκης, Ι.	ΑΑ009, ΑΑ013
Χειλάς, Β.	ΑΑ008, ΑΑ157
Χιώτη, Β.	ΑΑ106
Χιώτης, Σ.	ΠΑ082
Χόντα, Ε.	ΠΑ027, ΠΑ102, ΠΑ133, ΠΑ152, ΠΑ171
Χότουμαν, Μ.	ΑΑ059
Χρήστου, Α.	ΑΑ195, ΠΑ046, ΠΑ116, ΠΑ147, ΠΑ176
Χριστοφοράτου, Ε.	ΠΑ005, ΠΑ047
Χρονόπουλος, Π.	ΑΑ009
Χρυσός, Δ.	ΑΑ134
Χρυσοχέρης, Μ.	ΕΑ007, ΠΑ062
Χρυσοχοϊδης-Τράντας, Θ.	ΑΑ042, ΑΑ091
Χρυσοχόου, Χ.	ΑΑ026, ΑΑ120, ΑΑ128, ΑΑ133, ΠΑ015, ΠΑ127, ΠΑ129, ΠΑ131, ΠΑ156
Χυνκιάμης, Ν.	ΠΑ145
Ψ	
Ψυρρή, Α.	ΠΑ159
Ψυχάρη, Σ.	ΑΑ143, ΠΑ030

**ΠΕΜΠΤΗ
12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023**

**THURSDAY,
OCTOBER 12th 2023**

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

Πρόεδροι: **Ι. Κανακάκης** (Αθήνα), **Γ. Κοχιαδάκης** (Ηράκλειο), **Κ. Τούτουζας** (Αθήνα)

EA001 | Pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart disease: Data from the Hellenic pulmonary hypertension registry (HOPE)
A. Arvanitaki¹, I. Farmakis¹, A. Anthi², A. Batsouli², N. Zimpounoumi², P. Gourgiotis¹, G. Papadopoulos¹, I. Leontsinis³, V. Stamatopoulou⁴, I. Mitrouska⁴, A. Frogoudaki⁵, I. Tsangaris⁶, F. Frantzeskaki⁶, P. Karyofyllis⁷, A. Ziakas¹, A. Manginas⁸, E. Demerouti⁹, S. Orfanos², S. Brili³, G. Giannakoulas¹

¹ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Α.Χ.Ε.Π.Α. Θεσσαλονίκη

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

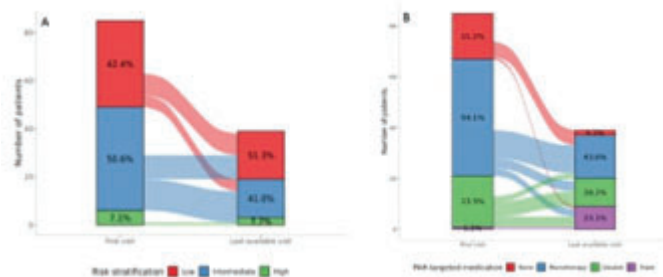
² Γενικό Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, 1η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας & Πνευμονικής Υπέρτασης,³ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο Αττικής Α' Πανεπιστημιακή Κλινική⁴ Department of Intensive Care Medicine, University Hospital of Heraklion and School of Medicine, University of Crete,⁵ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών Αττικής

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

⁶ Attikon University Hospital, Multidisciplinary Pulmonary Hypertension Clinic, Athens, Greece,⁷ Ωνάσειο Καρδιολογικό Κέντρο Αττικής Τμήμα Αιμοδυναμικών Μελετών και Επεμβατικής Καρδιολογίας⁸ Cardiology Department, Mediterraneo Hospital, Glyfada, Athens, Greece,⁹ Ωνάσειο Καρδιολογικό Κέντρο Αττικής Παιδοκαρδιολογικό Τμήμα και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων

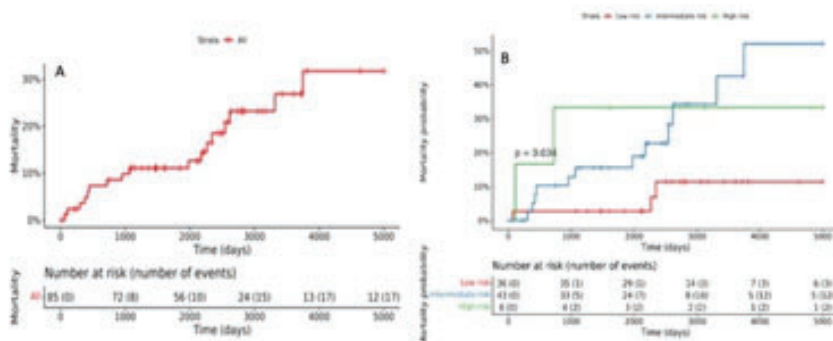
Background: Pulmonary arterial hypertension (PAH) is a common complication among patients with congenital heart disease (CHD). Since clinical trials on PAH-CHD are scarce, registries are required to shed light on the epidemiology and management of this subgroup. **Methods:** The Hellenic Pulmonary Hypertension Registry (HOPE) registry was launched in early 2015 and enrolls patients from all pulmonary hypertension subgroups in Greece. We present “real-world” data about the epidemiology, management and long-term course of PAH-CHD. **Results:** In total, 85

PAH-CHD patients, of whom 50 women (59%), have been enrolled from 8 centers, between 2015 and 2022. A follow-up visit was available in 39 patients (45.8%). Median age at first visit was 37 (24, 60) years. About three quarters of patients had a pre-tricuspid (n=32, 37.6%) or a post-tricuspid shunt (n=30,



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



35.2%), with a quarter of patients having a complex CHD (n=21, 24.7%). Eisenmenger physiology was present in 31 patients (36.4%). Commonest comorbidities at baseline were obesity (n=14, 16%), thyroid disease (n=12, 14%) and atrial fibrillation (n=12, 14%). About two thirds of patients were mildly symptomatic at baseline (NYHA I/II, n=55, 64.7%) and remained so at follow-up (n=25/39, 63.7%), with a median time of last available follow-up of 1484 days (4.1 years). According to the three strata ESC risk stratification score, half of patients were at intermediate risk at baseline, while more than half of patients were at low risk at follow up (Figure 1A). More than half of patients received PAH monotherapy at baseline (n=46, 54%), while one fifth did not receive any PAH-targeted therapy (n=18, 21.2%). At 4.1 years, half of patients were on combination therapy (n=20/39, 51.3%) (Figure 1B). During a median follow up time of 2547 days (7 years), 17 deaths were reported (0.01 deaths/ patient year) (Figure 2A). 1-, 3- and 5- year survival rates were 96.4% (92.4%-100%), 88.9% (82.3%-96%), and 88.9% (82.3%-96%), respectively. Survival was better among low-risk patients at baseline, compared to moderate and high-risk ones (Figure 2B). **Conclusion:** In this national PAH-CHD cohort there was a tendency towards combination therapy at follow-up which might be the cause for reduced mortality risk. The three strata ESC risk score may be a useful tool to risk stratify these patients for long-term survival.

EA002 | Safety and Efficacy of Balloon Pulmonary Angioplasty in patients with Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension

E. Demerouti¹, P. Karyofyllis¹, V. Voudris¹, D. Tsiapras¹, E. G. Tsetika¹, O. Karapanagiotou², S. Katsilouli², T. Vrachliotis², T. Kostelidou¹, A. Theodorakos³, M. Koutelou³, Ioannis Iakovou¹

¹ Cardiology Department, Onassis Cardiac Surgery Centre, Athens, Greece

² Imaging Department, Onassis Cardiac Surgery Centre, Athens, Greece

³ Nuclear Medicine Department, Onassis Cardiac Surgery Centre, Athens, Greece

Background Balloon pulmonary angioplasty (BPA) represents an emerging therapeutic option for Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension (CTEPH) patients considered ineligible

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

for pulmonary endarterectomy (PEA) and for those with persistent or recurrent Pulmonary Hypertension after PEA (post-PEA CTEPH). **Purpose and Methods** We aimed to assess the efficacy and safety of BPA in 24 patients (18 ineligible for PEA and 6 with post-PEA CTEPH) during the period 2016-2022. The patients were followed up for a median of 3.4 [range 0.3-5] years. Hemodynamic, clinical and laboratory parameters, therapy with Pulmonary Arterial Hypertension (PAH) drugs and oxygen supplementation were evaluated. Kaplan-Meier survival analysis was used to estimate 1-, 3- and 5-year survival. Results A total of 180 BPA sessions were conducted (2-17/patient, mean 8±4/patient), and 1248 dilations were performed, 1-18 per session, 57±36/patient). At baseline, 87.5% of the study population was treated with home oxygen supplementation, 20 patients were under (83.3%) PAH drug therapy. Riociguat was the drug of choice in 75% of all patients. Significant improvements were observed in mean Pulmonary Arterial Pressure (mPAP), with a reduction by 44%, $p < 0.001$) and pulmonary vascular resistance (PVR), reduction by 60%, $p < 0.001$). N Terminal-proBrain Natriuretic Peptide (NT-proBNP) decreased by >% ($p < 0.003$). Median WHO functional class improved by 38% ($p < 0.001$). After BPA, significantly fewer patients were under home oxygen therapy (35% for post BPA patients, $p = 0.003$). After BPA, in patients with history of PEA, systolic PAP, mPAP, PVR and NTproBNP values were statistically significant higher as compared with results in patients without PEA history (57 ± 18 vs 41 ± 12 mmHg, $p = 0.027$, 37 ± 12 vs 26 ± 7 mmHg, $p = 0.025$, 6.9 ± 4.9 vs 3.5 ± 1.9 WU, $p = 0.033$, and 406 vs 69 pg/ml, $p = 0.028$ respectively). Thirty-seven BPA-related non-fatal complications (20.6% in all interventions) were noted, predominantly hemoptysis (in 10% of all BPA sessions). Overall survival was 91%, 91% and 62% at 1, 3 and 5 years respectively. Conclusions BPA may improve functional class, hemodynamics, NT-proBNP and decreases oxygen therapy dependence in patients with CTEPH.

EA003 | Impact of Vein of Marshall Ethanol Infusion on Mitral Isthmus Block: Efficacy and Durability

F. Sacher¹, K. Vlachos^{1,2}, T. Nakashima¹, T. Pambrun¹, J. Duchateau¹, M. Haïssaguerre¹, P. Jaïs¹, N. Derval¹

¹ Hôpital Cardiologique du Haut-Lévêque, CHU Bordeaux, L'Institut de Rythmologie et modélisation Cardiaque (LIRYC), Université Bordeaux, Bordeaux, France.

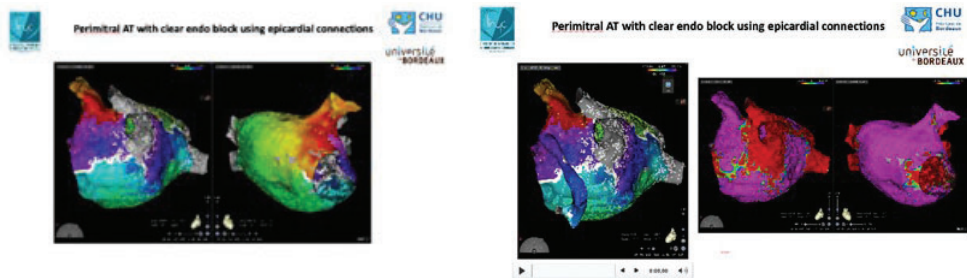
² Hôpital Cardiologique du Haut-Lévêque, CHU Bordeaux, L'Institut de Rythmologie et modélisation Cardiaque (LIRYC), Université Bordeaux, Bordeaux, France.

BACKGROUND: Achieving bidirectional mitral isthmus (MI) block using radiofrequency catheter ablation (RFCA) alone is challenging, and MI reconnection is common. Adjunctive vein of Marshall (VOM) ethanol infusion (VOM-Et) can facilitate acute MI block. However, little is known about its long-term success. This study sought to evaluate the impact of adjunctive VOM-Et on MI block achievement and durability compared with RFCA alone.

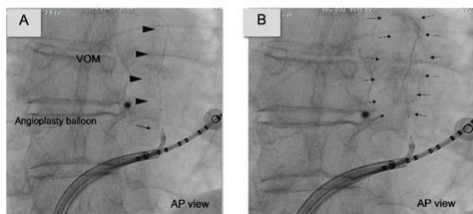
METHODS: Patients undergoing the first attempt of posterior MI ablation were grouped according to their MI block index strategy: adjunctive VOM-Et and RFCA alone. Rates of acute MI block and MI reconnection observed during repeat procedures were compared between the 2 groups. **RESULTS:** The VOM-Et group consisted of 152 patients (63.8 ± 9.4 years) undergoing adjunctive VOM-Et for MI block. The RFCA group consisted of 110 patients (60.9 ± 9.2 years) un-

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



ETH injection with VOM-Clear arborization



dergoing MI ablation using RFCA alone. Acute MI block was more frequently achieved in the VOM-Et group (98.7% [150/152] versus 63.6% [70/110]; $P < 0.001$) with shorter RFCA duration (5.00 [3.00–7.00] versus 19.0 [13.6–22.0] minutes; $P < 0.001$). Of the 220 patients with MI block achieved during the index procedure, 81 underwent a repeat procedure during follow-up (VOM-Et group: 23.3% [35/150] versus RFCA group: 65.7%

[46/70], respectively; $P < 0.001$). A significantly greater number of patients exhibited durable MI block in the VOM-Et group (62.9% [22/35] versus 32.6% [15/46], respectively; $P = 0.008$). CONCLUSIONS: Beyond facilitating acute MI block, VOM-Et is associated with greater lesion durability as evidenced by higher rates of MI block during repeat procedures.

EA004 | Πρώτη στον κόσμο εμπειρία απομόνωσης άνω κοίλης φλέβας μέσω κατάλυσης παλμικού πεδίου σε ασθενείς με απινιδωτικές συσκευές

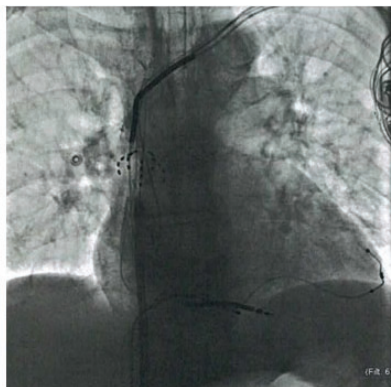
Χ. Κ. Αντωνίου¹, Δ. Τσιαχρής¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Α. Κορδαλής¹, Γ. Οικονόμου¹, Α. Λαϊνά¹, Π. Τσιούφης¹, Π. Ηλιάκης¹, Κ. Γκατζούλης¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο Αττικής Α' Πανεπιστημιακή Κλινική

Εισαγωγή/Σκοπός: Η κατάλυση παλμικού πεδίου (pulsed field ablation - PFA) έχει αναδειχθεί σε αποτελεσματική μέθοδο για την κατάλυση της κοιλτικής μαρμαρυγής. Σε σημαντικό ποσοστό ασθενών, υφίστανται εξωπνευμονικοί πυροδότες, και δη η άνω κοίλη φλέβα (superior vena cava - SVC), σε ποσοστό που αγγίζει το 30-40%. Η επιτυχής κατάλυση της μαρμαρυγής είναι κρίσιμη σε ασθενείς με συνυπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια καθώς παρατείνει την επιβίωση. Η παρουσία ηλεκτροδίων στην SVC καθιστά δυσχερή την κατάλυση με τις θερμικές μεθόδους,

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



λόγω κινδύνου πρόκλησης δυσλειτουργίας. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να παρουσιαστούν τα αποτελέσματα από την πρώτη εμπειρία από την off-label χρήση του PFA για την απομόνωση της SVC σε ασθενείς που έφεραν απινιδωτικές συσκευές (implantable cardioverter - defibrillators - ICDs). **Υλικό και μέθοδος:** Πέντε (5) ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια χαμηλού κλάσματος εξωθήσεως (2 διατακτικοί - 3 ισχαιμικοί) και εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή, οι οποίοι έφεραν ICDs (3 κολποκοιλιακούς, 2 κολποαμφικολιακούς, όλοι με διπλά απινιδωτικά coils) υπεβλήθησαν σε PFA. Είχε προηγηθεί τηλεμετρία με επιβεβαίωση της καλής λειτουργίας του ICD και απενεργοποίηση των θεραπειών. Συνοπτικά, μετά την επιτυχή απομόνωση των πνευμονικών φλεβών και του οπισθίου τοιχώματος, διεπιστώθη η παρουσία δυ-

ναμικών στην SVC. Χορηγήθηκαν 2 ζεύγη βλαβών στην SVC (2kV, 5 παλμοί σε εκάστη βλάβη και περιστροφή μεταξύ των ζευγών) με τον καθετήρα σε διαμόρφωση αχινού (Εικόνα). **Αποτελέσματα:** Σε όλους τους ασθενείς διεπιστώθη άμεση εξάλειψη των δυναμικών της άνω κοίλης φλέβας ήδη από την πρώτη βλάβη και απουσία τους κατά την επαναχαρτογράφηση της περιοχής με τον καθετήρα PFA. Δεν παρατηρήθηκε εμφανής δυσλειτουργία της συσκευής άμεσα μετά την χορήγηση, ενώ η τηλεμετρία ανέδειξε σταθερές παραμέτρους λειτουργίας (εμπέδηση, ουδό και αίσθηση) σε όλα τα ηλεκτρόδια. Στην μεσοπρόθεσμη παρακολούθηση (1 μήνα μετά) δεν αναδείχθηκε αύξηση του ποσοστού κολπικής βηματοδότησης. **Συμπεράσματα:** Η παρούσα πρώτη παγκοσμίως εμπειρία αναδεικνύει ότι η κατάλυση παλμικού πεδίου αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο για την απομόνωση της SVC σε ασθενείς με συστολική καρδιακή ανεπάρκεια που φέρουν ηλεκτρόδια απινιδωτικών συσκευών. Εφ' όσον επιβεβαιωθεί και επεκταθεί με μεταγενέστερες μελέτες, το εύρημα αυτό δυνητικά θα τροποποιεί την αντιμετώπιση ασθενών που φέρουν συσκευές διαχείρισης του καρδιακού ρυθμού, με αλλαγή της επιλεγόμενης μεθόδου κατάλυσης, εφ' όσον διαπιστωθεί η παρουσία δυναμικών στην άνω κοίλη φλέβα.

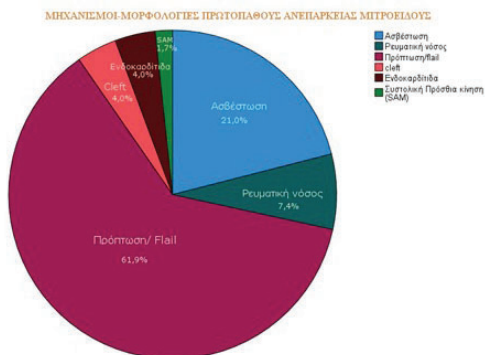
EA005 | Περιγραφή των ανατομικών χαρακτηριστικών της μιτροειδούς σε ασθενείς με μετρίου ή σοβαρού βαθμού πρωτοπαθή ανεπάρκεια με τη χρήση της τρισδιάστατης διοισοφάγειου υπερηχογραφίας
M. Ζήσης¹, M. Μπιτσαρά¹, I. Δημητρόγλου¹, M. Κούκος¹, H. Τόλης¹, Δ. Πατσουράκος¹, A. Καλομπάτσου¹, Φ. Γιαλέλη¹, Δ. Τσαρτσάλης¹, K. Τσιούφης¹, K. Αγγέλη¹

¹ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο Αττικής Α' Πανεπιστημιακή Κλινική

Εισαγωγή/ Σκοπός Η ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας ταξινομείται σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή (λειτουργική). Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν πρωτοπαθή βαλβιδοπά-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



θεια, στις οποίες η πρωτογενής παθολογία εντοπίζεται σε ένα ή περισσότερα μέρη της βαλβιδικής συσκευής (γλωχίνες, τενόντες χορδές, δακτύλιος). Σε αντίθεση, η δευτεροπαθής βαλβιδοπάθεια προκύπτει ως αποτέλεσμα διαταραχής της αρχιτεκτονικής ή λειτουργίας της αριστερής κοιλίας ή του αριστερού κόλπου. Η χρήση της τριδιάστατης δι-οισοφάγιου υπερηχογραφίας (3D-TEE) επιτρέπει την ακριβή περιγραφή της ανατομίας της μιτροειδούς βαλβίδας, με απώτερο σκοπό την λήψη των καταλλήλων θεραπευτικών αποφάσεων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή των ανατομικών χαρακτηριστικών της μιτροειδούς βαλβίδας

σε ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή ανεπάρκεια πρωτοπαθούς αιτιολογίας με την χρήση του 3D-TEE. **Μέθοδος** Από το 2017 έως το 2023, 333 TEE διεξήχθησαν για την εκτίμηση της μιτροειδικής ανεπάρκειας. Εξ αυτών, 181 περιστατικά αφορούσαν ασθενείς με μετρίου (52) ή σοβαρού (129) βαθμού ανεπάρκεια πρωτοπαθούς αιτιολογίας και στα οποία είχε γίνει καταγραφή της μιτροειδικής συσκευής με 3D-TEE. Οι αποθηκευμένες 3D καταγραφές αναλύθηκαν αναδρομικά με χρήση κατάλληλου λογισμικού και περιγράφηκε ο μηχανισμός πρόκλησης της πρωτοπαθούς ανεπάρκειας μιτροειδούς. **Αποτελέσματα** Η μέση ηλικία ήταν 63,9 χρόνια ($SD \pm 13,5$). Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνδρες (58%). Ο αριστερός κόλπος βρέθηκε μέτρια ή σοβαρά διατεταμένος σε 79% των περιπτώσεων και το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας ήταν >% στο 61,5% των ασθενών. Πρόπτωση με ή χωρίς flail παρατηρήθηκε σε 109 (61,9%) ασθενείς. Παρατηρήθηκε επιπλέον ότι πρόπτωση εμφανίζεται κατά 45,5% στην πρόσθια γλωχίνα, 25% στην οπίσθια και 29,5% αμφιγλωχινικά, ενώ στο 65,5% εμπλέκονταν 1 ή 2 φεστώνια. Στις περιπτώσεις με κυρίαρχο μηχανισμό το flail προσβάλλεται πλειοψηφικά η οπίσθια γλωχίνα (94,8%) με συμμετοχή 1 ή 2 φεστωτών (83,9%). Στους ασθενείς με flail και πρόπτωση, το flail εμφανίζεται στην οπίσθια γλωχίνα ενώ η πρόπτωση κατά 63,9% στην πρόσθια. Ύπαρξη cleft παρατηρήθηκε χωρίς συνύπαρξη άλλου μηχανισμού ανεπάρκειας σε 7 (4,0%) ασθενείς, ενώ σε 8 (4,4%) ασθενείς συνυπήρχε πρόπτωση και σε 4 (2,2%) πρόπτωση και flail. Η εντόπιση του cleft αφορούσε κυρίως τα οπίσθια P1P2 (38,1%) και P2P3 (23,8%) φεστώνια. Μόνο το 4,8% των ασθενών είχε αμφιγλωχινικά cleft. Επιπρόσθετα, σε 37 (21,0%) περιστατικά παρατηρήθηκε αβεστωμένη και εμφυλισμένη μιτροειδής βαλβίδα ως αίτιο της ανεπάρκειας και ρευματική νόσος σε 13 (7,4%) ασθενείς. Ανάμεσα στα υπόλοιπα αίτια μιτροειδικής ανεπάρκειας που παρατηρήθηκαν περιλαμβάνονταν η ενδοκαρδίτιδα μιτροειδούς βαλβίδας [7 (4,0%) ασθενείς] και η συστολική πρόσθια κίνηση μιτροειδούς σε έδαφος υπερτροφικής αποφρακτικής μυοκαρδιοπάθειας [3 (1,7%) ασθενείς]. **Συμπεράσματα** Η περιγραφή της ανατομίας της μιτροειδούς βαλβίδας με την χρήση 3D TEE είναι χρήσιμη για την ένταξη επιπλέον μορφολογικών χαρακτηριστικών που αφορούν τα κριτήρια επιλογής που χρησιμοποιούνται για την επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Συστήνεται ο κλινικός καρδιολόγος να αποκτήσει εξοικείωση με την χρήση του 3D TEE με κύρια μέριμνα την λήψη σωστών θεραπευτικών αποφάσεων, κέντρο των οποίων θα αποτελεί η μεγιστοποίηση του οφέλους του εκάστοτε ασθενούς.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΕΑ006 | Πρόγνωση ασθενών υψηλού αιμορραγικού κινδύνου που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική**Χ. Κακδέρης¹, Μ. Διδάγγελος¹, Θ. Ζέγκος¹, Κ. Τσακίριδης¹, Σ. Δάιος¹, Β. Αναστασίου¹, Β. Καμπεριδής¹, Κ. Θεοδωρόπουλος¹, Α. Κουπαράνης¹, Γ. Κασίμης², Α. Ζιάκας¹**¹ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Α.Χ.Ε.Π.Α. Θεσσαλονίκης

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

² Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

Εισαγωγή/ Σκοπός: Οι ασθενείς με υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο (high bleeding risk - HBR) αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική και πιθανόν να εμφανίζουν χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλό αιμορραγικό κίνδυνο (non-HBR). Υπάρχουν διάφορα risk scores για την εκτίμηση του αιμορραγικού κινδύνου των ασθενών που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική, όπως το PRECISE-DAPT score και τα ARC-HBR κριτήρια. Επίσης υπάρχουν αρκετές μελέτες με χρήση ειδικών stent στους ασθενείς αυτούς και μια σειρά από ενδοστεφανιαίες προθέσεις έχουν πάρει ένδειξη για χρήση σε τέτοιους ασθενείς καθώς δίδουν τη δυνατότητα για βραχύτερη διάρκεια διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής μετά την εμφύτευσή τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της πρόγνωσης των HBR ασθενών που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική, καθώς δεν υπάρχει συστηματική καταγραφή αυτών των δεδομένων στη χώρα μας. **Υλικό και Μέθοδος:** Προοπτική μελέτη παρατήρησης ενός κέντρου. Βασικά κριτήρια ένταξης: ενήλικες ασθενείς που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική με οποιαδήποτε ένδειξη (οξεία και χρόνια στεφανιαία σύνδρομα) στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο της Α' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ. Οι ασθενείς ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες, HBR και non-HBR με βάση τα ARC-HBR κριτήρια και επανελέγχονται στους 3 μήνες. **Αποτελέσματα:** Στη μελέτη περιελήφθησαν συνολικά 119 ασθενείς, 33 (27.7%) HBR και 86 (72.3%) non-HBR. Η συχνότητα των παραγόντων κινδύνου ήταν κάπνισμα 53.8%, αρτηριακή υπέρταση 56.3%, σακχαρώδης διαβήτης 33.6%, δυσλιπιδαιμία 54.6% και οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου 28.6%. Όσον αφορά την πρόγνωση στους 3 μήνες, η θνητότητα ήταν μεγαλύτερη στους HBR ασθενείς συγκριτικά με τους non-HBR (15.2% έναντι 2.3% αντίστοιχα, $p=0.008$), όπως επίσης και οι αιμορραγίες κατηγορίας ≥ 3 κατά BARC (18.2% έναντι 3.5%, $p=0.007$) (Πίνακας 1). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν Resolute Integrity (Medtronic) ή Promus Premier (Boston) drug eluting stent, εκτός από έναν ο οποίος έλαβε Coroflex ISAR NEO (Braun) και ανήκε στην ομάδα HBR. **Συμπεράσματα/ Συζήτηση:** Οι ασθενείς υψηλού αιμορραγικού κινδύνου με βάση τα κριτήρια ARC-HBR που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική εμφανίζουν χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με τους ασθενείς χαμηλού αιμορραγικού κινδύνου.

Πίνακας 1. Επιβίωση και αιμορραγικά συμβάματα HBR και non-HBR ασθενών.

	HBR (n=33)	non-HBR (n=86)	p	OR	95% CI
Θνητότητα, n (%)	5 (15.2%)	2 (2.3%)	0.008	7.5	1.4 - 40.8
Αιμορραγίες κατά BARC ≥ 3 , n (%)	6 (18.2%)	3 (3.5%)	0.007	6.1	1.4 - 26.3

HBR: high bleeding risk

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΕΑ007 | Ψυσχέτιση των κλινικών αποτελεσμάτων με βάση την κύρια ένδειξη διακαθετηριακής σύγκλισης παραβαλβιδικής ανεπάρκειας: Μια πολυκεντρική μελέτη**Θ. Λύτρα¹, Κ. Καλογεράς¹, Κ. Μολντοβαν¹, Μ.Α. Βαβουρανάκης¹, Σ. Μ. Κυβελου¹, Γ. Βογιατζή¹, Π. Δάρδας², Μ. Χρυσοχερης³, Β. Νινιός⁴, Ε. Βαβουρανάκης¹**¹ Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών Σωτηρία Αττικής Καρδιολογική Κλινική² Γενικό Νοσοκομείο Άγιος Λουκάς Θεσσαλονίκης Καρδιολογικό Τμήμα³ Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Υγείας Αττικής Γ' Καρδιολογική Κλινική (Στεφανιαίες Επεμβάσεις)⁴ Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης Καρδιολογική - Στεφανιαία Μονάδα

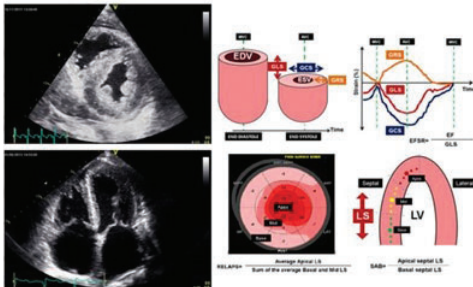
Εισαγωγή/Σκοπός Η παραβαλβιδική ανεπάρκεια είναι επιπλοκή μετά από χειρουργική ή διακαθετηριακή αντικατάσταση καρδιακών βαλβίδων. Μόλις σε ποσοστό 1%-3% μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας ή και αιμόλυση. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί, εάν διαφέρει η έκβαση ασθενών με αιμόλυση έναντι αυτών με καρδιακή ανεπάρκεια μετά την διακαθετηριακή σύγκλιση παραβαλβιδικής ανεπάρκειας. **Υλικό/Μέθοδος** Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε διακαθετηριακή σύγκλιση παραβαλβιδικής ανεπάρκειας σε πέντε ελληνικά κέντρα. Πρωταρχικό καταληκτικό σημείο, ήταν η αξιολόγηση των ποσοστών τεχνικής και κλινικής επιτυχίας με βάση την επικρατούσα ένδειξη σύγκλισης (συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας ή αιμόλυση). Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία αποτέλεσαν η εκτίμηση της τεχνικής και κλινικής επιτυχίας με βάση τον τύπο βαλβίδας (αορτική ή μιτροειδής) και η μελέτη επιβίωσης των ασθενών με βάση την κύρια ένδειξη σύγκλισης και τον τύπο βαλβίδας. **Αποτελέσματα** Συλλέχθηκαν δεδομένα από 60 ασθενείς (ηλικία 69.5±11έτη) που υποβλήθηκαν σε διακαθετηριακή σύγκλιση παραβαλβιδικής ανεπάρκειας από τον Ιούλιο 2011 έως τον Σεπτέμβριο 2022. Κύρια ένδειξη σύγκλισης, ήταν η αιμόλυση σε 36 (60%) ασθενείς και η καρδιακή ανεπάρκεια σε 24 (40%). Συνολικά, εμφυτεύθηκαν 73 συσκευές: 53 Amplatzer Vascular Plug III, 9 Amplatzer Vascular Plug II, 7 Amplatzer duct occluder, 4 Occlutech. Συνολικά στους ασθενείς, το ποσοστό τεχνικής επιτυχίας ήταν 90% και κλινικής 78.3%. Αναφορικά με τα πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία, το ποσοστό τεχνικής επιτυχίας με κύρια ένδειξη σύγκλισης την αιμόλυση ήταν 86.1% και με καρδιακή ανεπάρκεια 95.8%, ($p=0.387$). Ομοίως, το ποσοστό κλινικής επιτυχίας ήταν 72.2% και 87.5% στους ασθενείς με αιμόλυση και καρδιακή ανεπάρκεια αντιστοίχως ($p=0.210$). Σχετικά με τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία, το ποσοστό τεχνικής επιτυχίας δεν διέφερε σημαντικά ανάλογα την βαλβίδα, αορτική ή μιτροειδής (89.5% έναντι 90.2% αντίστοιχα, $p=0.926$). Αναλόγως, το ποσοστό κλινικής επιτυχίας ήταν 78.9% για την αορτική και 78% για την μιτροειδή, ($p=0.937$). Στην διάρκεια παρακολούθησης των 24 μηνών, 25 (41.7%) ασθενείς απεβίωσαν. Το ποσοστό επιβίωσης, ήταν όμοιο ανάλογα την κύρια ένδειξη σύγκλισης, αιμόλυση και καρδιακή ανεπάρκεια (55.6% έναντι 62.5% $p=0.906$, αντιστοίχως). Ωστόσο, διέφεραν σημαντικά με βάση τον τύπο βαλβίδας αορτική 78.94% συγκριτικά με την μιτροειδή 48.78%, ($p=0.014$). **Συμπεράσματα** Η διακαθετηριακή σύγκλιση παραβαλβιδικής ανεπάρκειας μπορεί να επιτευχθεί με υψηλό ποσοστό τεχνικής και κλινικής επιτυχίας ανεξαρτήτως από την κύρια ένδειξη σύγκλισης και τον τύπο βαλβίδας.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

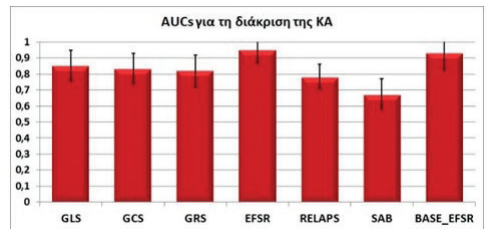
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΕΑ008 | Η σημασία των υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών παραμόρφωσης στη διάγνωση της καρδιακής αμυλοείδωσης**Μ. Πετρίδου¹, Ε. Παγκουρέλιας¹, Α. Μπούλμπου¹, Σ. Βεργόπουλος¹, Γ. Αλεξανδρίδης¹, Π. Σαλματζίδης¹, Ε. Τσιούλη¹, Σ. Μητσιάδης¹, Ι. Αλευρούδης¹, Α. Αντωνιάδης¹, Κ. Μπακογιάννης¹, Μ. Μαυρουδή¹, Κ. Τριανταφύλλου¹, Γ. Γιαννόπουλος¹, Β. Βασιλικός¹**¹ Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ

Εισαγωγή/Σκοπός: Μια πληθώρα υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών με βάση τη μυοκαρδιακή παραμόρφωση έχει προταθεί τελευταία για την έγκαιρη διάγνωση της καρδιακής αμυλοείδωσης (ΚΑ) και τη διάκριση της από άλλες νόσους που προκαλούν πάχυνση του μυοκαρδίου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της ακρίβειας των νεότερων αυτών ηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων στη διαφορική διάγνωση της ΚΑ από άλλες «υπερτροφικές» μυοκαρδιακές παθήσεις. Επιπλέον, η αποτύπωση της χρησιμότητας τους στη διάκριση ασθενών με ήπια υπερτροφία (μέγιστο πάχος τοιχώματος ≤ 16 mm) ή με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (EF $> 55\%$). **Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 100 ασθενείς εκ των οποίων 40 με προσφάτως διαγνωσθείσα και τεκμηριωμένη μέσω ενδομυοκαρδιακής βιοψίας ΚΑ [65,5 \pm 10,8 ετών, 65% άρρενες, 62,5% ΚΑ ελαφρών αλύσων (τύπος AL)], 40 ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, με παρόμοια δημογραφικά στοιχεία και παρόμοιο μέγιστο πάχος τοιχώματος με την ΚΑ (60,1 \pm 14,8 έτη, 85% άρρενες), και 20 υπερτασικοί ασθενείς με υπερτροφική καρδιακή αναδιαμόρφωση. Μετρήθηκαν νεότεροι δείκτες με βάση τη μυοκαρδιακή παραμόρφωση που κατά καιρούς έχουν αναφερθεί βιβλιογραφικά ότι σχετίζονται με τη διάγνωση της ΚΑ (Εικόνα 1). **Αποτελέσματα:** Ο δείκτης EFSR (λόγος κλάσματος εξώθησης-EF προς τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση-GLS) αλλά και ο δείκτης EF προς το μέσο strain των βασικών τμημάτων (BASE_EFSR) εμφάνισαν τη μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια για τη διαφοροδιάγνωση της ΚΑ από τα άλλα υποστρώματα [Περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC)=0,95, 95% διαστήματα εμπιστοσύνης 0,89-0,98, $p < 0,00005$ και AUC=0,928, 95% CI 0,86-0,97, $p < 0,00005$ αντίστοιχα] (Εικόνα 2). Στις δύσκολες διαφοροδιαγνωστικά ομάδες (μέγιστο πάχος τοιχώματος ≤ 16 mm και EF $> 55\%$), ο EFSR παρέμεινε ο καλύτερος δείκτης για τη



Εικόνα 1



Εικόνα 2

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

διάγνωση της ΚΑ (μοντέλα πολυπαραγοντικής ανάλυσης εξάρτησης $p < 0,00005$ και $p = 0,0002$ αντίστοιχα) ανεξαρτήτως του τύπου της ΚΑ. **Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με υπερτροφικό μυοκάρδιο, ο δείκτης EFSR (είτε προς το συνολικό είτε προς το μέσο βασικό strain) εμφανίζει την υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια για την ανίχνευση ασθενών με ΚΑ, ακόμη και ανάμεσα στις δύσκολες διαφοροδιαγνωστικά ομάδες των ασθενών με ήπια υπερτροφία και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης.

EA009 | Διαχωρισμός LAD σε γυναίκα ασθενή με ιστορικό ακτινοθεραπείας / Ca μαστού και συγγενώς ανώμαλη έκφυση στομίων της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας

Χ. Παπαγεωργίου^{1,2}, Β. Τζίφος¹

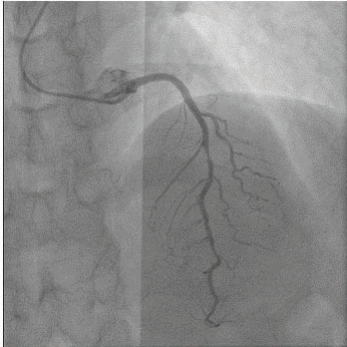
¹ Ερρίκος Ντυνάν Αττικής Β' Καρδιολογικό Τμήμα

² Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

Υπόθεση: Οι συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών αναλογούν σε ποσοστό λιγότερο του 1% του γενικού πληθυσμού (1). Η συχνότερη ανωμαλία είναι η ξεχωριστή έκφυση των στομίων του προσθίου κατιόντος κλάδου και της περισπωμένης αρτηρίας (0.67%) από τον αριστερό κόλπο του Valsalva (2). Οι χειρισμοί των διαγνωστικών/οδηγών καθετήρων κατά την διάρκεια της αγγειογραφίας μπορούν να τραυματίσουν τα ξεχωριστά στόμια των αγγείων ενώ προδιαθεσικοί παράγοντες όπως προηγηθείσα ακτινοβολία στον θώρακα μπορούν να αλλοιώσουν σημαντικά την φυσιολογική αρχιτεκτονική των αρτηριών προκαλώντας στένωσεις και εκτεταμένη ίνωση του έσω χιτώνα (3). **Σύνοψη περιστατικού:** Ασθενής γυναίκα 55 ετών προσήλθε λόγω επεισοδίων επιδεινούμενης στηθάγχης και αναστρέψιμη ισχαιμία (SPECT) στο πρόσθιο, κατωτεροπλάγιο τοίχωμα και την κορυφή (>10%). Από το λοιπό ιστορικό η ασθενής είχε αρτηριακή υπέρταση και Ca αριστερού μαστού για το οποίο είχε λάβει ακτινοθεραπείες προ 20 ετίας. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε νόσο 3 αγγείων με SYN-TAX score:16. Η ασθενής αποφάσισε να προχωρήσει σε αγγειοπλαστική αφού ενημερώθηκε για τις δυνατές επιλογές αντιμετώπισης της στεφανιαίας νόσου της. Αφού έλαβε φόρτιση με αντιαιμοπεταλιακά και ηπαρινοθεραπεία διενεργήθη επιτυχής αγγειοπλαστική των βλαβών στον PDA και OM1 με DCB και 1 DES αντίστοιχως ενω προχωρήσαμε σε αγγειοπλαστική βλάβης 80% στο μέσο τμήμα του LAD (type B1 lesion-Image 1) με NC μπαλόνι αγγειοπλαστικής 2.5x15mm(14 atm) και επακόλουθη εμφύτευση 1 DES 3x20mm(16atm) με άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα (Video1). Κατά την νοσηλεία της και μετά την παρέλευση μερικών ωρών η ασθενής ανέφερε επιδεινούμενο προκάρδιο άλγος και παρουσίασε ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις συμβατές με ισχαιμία προσθίου τοιχώματος. Η επείγουσα στεφανιογραφία που ακολούθησε ανέδειξε υφολική απόφραξη του LAD με ροή TIMI 1 (Video 2). Μετά την προσεχτική τοποθέτηση υδρόφιλου σύρματος αγγειοπλαστικής στον αυλό του αγγείου διενεργήθη ενδοστεφανιαίος υπέρηχος που επιβεβαίωσε την διάγνωση του διαχωρισμού στο εγγύς-μέσο τμήμα με ταυτοποίηση του αληθούς και του ψευδούς αυλού (καθώς και της επαρκούς έκπτυξης και εναπόθεσης του προηγούμενου stent-Video 3). Ακολούθησε άμεση τοποθέτηση 1 DES 3.5x38mm στο εγγύς τμήμα, αλληλοεπικαλυπτόμενο με το ήδη υπάρχον και μεταδιαστο-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



λές με άμεση αποκατάσταση της αγγειογραφικής ροής και ανακούφισης των συμπτωμάτων της ασθενούς (Video 4). Η επαναληπτική απεικόνιση με IVUS επιβεβαίωσε την καλή έκπτυξη και εναπόθεση του stent στο αυλό του αγγείου (Video 5). Η ασθενής είχε μια ανεπίπλεκτο λοιπή νοσηλεία και έλαβε εξιτήριο ασυμπτωματική με ένδειξη για επαναληπτικό αγγειογραφικό έλεγχο στους 6 μήνες, σύσταση για διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και μεγιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής ως επι δευτερογενούς πρόληψης. **Συμπέρασμα:** Η προηγηθείσα ακτινοβολήση του αριστερού μεσοθωρακίου και μαστού σχετίζεται συχνά με νόσο του LAD. Οι στενώσεις σχετιζόμενες με την ακτινοβολήση εντοπίζονται κυρίως στο εγγύς τμήμα και συχνά περιλαμβάνουν τα στεφανιαία

στόμια (4). Το κλινικό και απεικονιστικό πλαίσιο της παρούσας περίπτωσης όμως συνηγορεί υπέρ ιατρογενούς διαχωρισμού μετά την τοποθέτηση του αρχικού stent. Η αγγειοπλαστική της εκτεταμένης ινωτικής βλάβης (σε ένα αγγείο με ήδη διαταραγμένη αρχιτεκτονική λόγω ακτινοβολήσης) με τα εγγύς όρια του stent εμφυτευμένα σε περιοχές με σημαντικό φορτίο ινωτικής πλάκας, οδήγησε σε ρήξη του έσω χιτώνα του αγγείου και επακόλουθο διαχωρισμό αυτού (με συμμετοχή και του μέσου χιτώνα) όχι ανιχνεύσιμο αγγειογραφικά αρχικώς αλλά εξελισσόμενο προοδευτικά. Η ορθή και κατάλληλη χρήση του ενδοστεφανιαίου υπερήχου αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στην καθοδήγηση αντιμετώπισης βλαβών με αμφιλεγόμενα αγγειογραφικά χαρακτηριστικά, διευκρινίζοντας την υποκείμενη παθολογία των στεφανιαίων και οδηγώντας σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.

ΕΑ010 | Πρόβλεψη βαρύτητας στεφανιαίας νόσου με τη χρήση γονιδιωματικής ανάλυσης και μεθόδων μηχανικής μάθησης

Φ. Χατζοπούλου¹, Ν. Μήττας², Α. Γιαννόπουλος-Δημητρίου³, Α. Σαϊτή³, Μ. Γανοπούλου⁴, Ε. Καραγιαννίδης⁵, Α. Παπάζογλου⁶, Ν. Σταλίκας⁶, Α. Παπά¹, Δ. Χατζηδημητρίου¹, Ι. Βιζιριανάκης³

¹ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Χημείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Καβάλα

³ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/κης

⁴ Τμήμα Πληροφορικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁵ Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

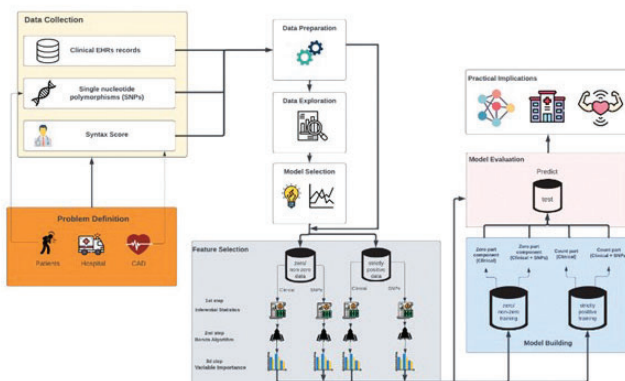
⁶ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Α.Χ.Ε.Π.Α. Θεσσαλονίκης
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

Εισαγωγή/Σκοπός: Η γονιδιωματική ανάλυση καθώς και η μηχανική μάθηση (machine learning; ML) αναδεικνύονται ως ισχυροί σύμμαχοι για την πρόβλεψη ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου (ΣΝ). Αλγόριθμοι ML που ενσωματώνουν το γονιδιωματικό προφίλ και κλινικά δεδο-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

μένα του ασθενούς θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πρώιμη (μη επεμβατική) διάγνωση της αποφρακτικής ΣΝ. Η προοπτική μελέτη Genetic Syntax Score (GESS, NCT03150680) είχε ως στόχο τη δημιουργία ενός ML αλγόριθμου, ικανού να προβλέψει την ύπαρξη/βαρύτητα της ΣΝ με βάση την ανάλυση 228 μονονουκλεοτιδικών πολυμορφισμών (SNPs) καθώς και κλινικών/δημογραφικών δεδομένων των ασθενών. Απώτερος στόχος αυτής της ανάλυσης ήταν η σύγκριση της προγνωστικής ικανότητας ενός μοντέλου που περιλαμβάνει SNPs με εκείνη ενός κλινικού μοντέλου χωρίς SNPs. **Υλικό και Μέθοδος:** Ασθενείς με πιθανή ΣΝ (N=919, μέση ηλικία: 64±12 έτη) υποβλήθηκαν σε επεμβατική στεφανιογραφία (από το 2019 έως το 2021) και έτσι προσδιορίστηκε το SYNTAX score τους. Ελήφθησαν δείγματα περιφερικού αίματος για γονιδιωματική ανάλυση (ανάλυση αλληλουχίας επόμενης γενιάς ενός προσαρμοσμένου πάνελ από 228 SNPs) ακολουθώντας τυποποιημένα πρωτόκολλα. Μετά την επιλογή του πιο σημαντικού υποσυνόλου προβλεπτικών χαρακτηριστικών (κλινικά/δημογραφικά δεδομένα και SNPs) βάσει τεχνικών ML, δημιουργήθηκαν δύο ανταγωνιστικά μοντέλα, το Μοντέλο Α (συμπεριλαμβανομένων κλινικών/δημογραφικών προγνωστικών χαρακτηριστικών) και το Μοντέλο Β (=το Μοντέλο Α και οι σημαντικοί προβλεπτικά SNPs). Η διαφορά στην προγνωστική τους ικανότητα για την ακριβή εκτίμηση του κινδύνου αποφρακτικής ΣΝ (=αν ένας ασθενής παρουσιάζει SYNTAX score > ή =0) και της βαρύτητας της ΣΝ (αν ένας ασθενής εμφανίζει υψηλότερο SYNTAX score) διερευνήθηκε μέσω των δοκιμασιών Delong και Wilcoxon, αντιστοίχως. **Αποτελέσματα:** Ο ML αλγόριθμος εντόπισε συνολικά 8 SNPs (rs11984041, rs41291556, rs2023938, rs2107595, rs216172, rs1800562, rs3732379, και rs3732379 και rs964184) ως σημαντικά συσχετιζόμενα με τον κίνδυνο αποφρακτικής ΣΝ και άλλους 7 SNPs (rs4845625, rs6689306, rs2046934, rs1332844, rs6801273, rs663129, and rs870142) ως σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της βαρύτητας της ΣΝ (πρόβλεψη υψηλότερου SYNTAX score). Το μοντέλο Β επέδειξε ανώτερη απόδοση σε σύγκριση με το μοντέλο Α (Z=2.451, p=0.014 για την αξιολόγηση του κινδύνου για ΣΝ και V=16731, p=0.002 για την αξιολόγηση του κινδύνου για βαρύτερη ΣΝ). **Συμπεράσματα:** Η συνδυασμένη χρήση κλινικών/δημογραφικών παραμέτρων με τα αποτελέσματα γονιδιωματικών αναλύσεων μπορούν να βελτιώσουν την ικανότητα πρόβλεψης του κινδύνου για αποφρακτική ΣΝ υπό την καθοδήγηση των τεχνικών μηχανικής μάθησης.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΕΑ011 | Μυοκαρδιοπάθεια από τρανσθυρετίνη στην Ελλάδα: Διαπιστώσεις για μια συστηματική νόσο

**Γ. Γεωργιόπουλος¹, Δ. Μπαμπατσιάς¹, Φ. Θεοδωρακάκου¹,
Ι. Πετρόπουλος¹, Ε. Οικονόμου¹, Β. Παπαντωνίου¹, Χ. Σκιαδαρέση¹,
Ε. Ρεπάσος¹, Μ.Ε. Τσελεγγίδη¹, Δ. Δελιαλής¹, Δ. Δραγώνας¹,
Χ. Κωνσταντάκη¹, Μ. Παπαϊωάννου¹, Γ. Τομάζου¹, Δ. Ζενέτος¹,
Α. Κυριαζοπούλου¹, Α. Μπριασούλης¹, Μ.Α. Δημόπουλος¹,
Ε. Καστρίτης¹, Κ. Σταματελόπουλος¹**

¹ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα Αττικής Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ

Ιστορικό: Η αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (ATTR) είναι μια σοβαρή χρόνια ασθένεια, με αυξανόμενη συχνότητα και επιπολασμό. Ωστόσο, λόγω των ποικίλων συμπτωμάτων της, παρατηρείται καθυστέρηση στη διάγνωση και την έναρξη της θεραπείας, καθώς και διαφορετικά έκβαση των ασθενών μεταξύ διαφορετικών χωρών. Σκοπός: Η παροχή των πρώτων δεδομένων για τα χαρακτηριστικά και την έκβαση των ασθενών με μυοκαρδιοπάθεια από ATTR στην Ελλάδα. **Μέθοδοι:** Πρόκειται για μια μελέτη παρατήρησης που περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς που προσήλθαν στο Κέντρο Αμυλοείδωσης της Θεραπευτικής Κλινικής, από 01/2014 έως 12/2022. Η διάγνωση της ATTR βασίστηκε σε θετικό σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου και αποκλεισμό της αμυλοείδωσης ελαφρών αλυσων ή σε θετική βιοψία. Σε όλες τις περιπτώσεις ATTR διενεργήθηκε γενετικός έλεγχος. Οι ασθενείς παρακολουθούνταν σε τακτά χρονικά διαστήματα σύμφωνα με το κλινικό πρωτόκολλο. **Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 109 διαδοχικοί ασθενείς με ATTR (διάμεση ηλικία 81 έτη), εκ των οποίων 15 (27% Val30Met) έφεραν μεταλλάξεις TTR. Η πλειονότητα (82%) παρουσίαζε συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας και το 59% κολπική μαρμαρυγή, ενώ το 10% είχε αορτική στένωση. Είναι σημαντικό ότι το 83% των ασθενών είχαν τουλάχιστον μία εξωκαρδιακή εκδήλωση της νόσου (45% προηγούμενο ιστορικό μυοσκελετικών προβλημάτων, 40% συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας και 33% γαστρεντερικά συμπτώματα). Όσον αφορά τα αναφερόμενα συμπτώματα-«καμπανάκια», συνολικά 93 ασθενείς παρουσίασαν πάχος μεσοκοιλιακού διαφράγματος ≥ 12 mm, με 95% από αυτούς να παρουσιάζουν καρδιακή ανεπάρκεια, 37% περιφερική νευροπάθεια, 19% αυτόνομη νευροπάθεια, 27% αμφοτερόπλευρο σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα και 11% ρήξη τένοντα δικεφάλου. Εξήντα πέντε (60%) έλαβαν θεραπεία ειδική για τη νόσο με ταφαμίδη, ενώ 6 έλαβαν inotersen. Η διάμεση παρακολούθηση ήταν 36 μήνες και η διάμεση επιβίωση 48 μήνες- η προχωρημένη ταξινόμηση κατά NYHA και το στάδιο του National Amyloidosis Center σχετίζονταν με φτωχότερη επιβίωση (log-rank $p < 0,05$). Η ηλικία, ο eGFR < 5 ml/kg/m², το NT-proBNP > 5000 pg/mL συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με χειρότερη επιβίωση, ενώ η θεραπεία με ταφαμίδη συσχετίστηκε με βελτιωμένη επιβίωση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA I έως III) και IVS ≥ 12 mm, (HR= 0.317, $p=0.005$). **Συζήτηση:** Αυτά τα πρώτα δεδομένα που περιγράφουν τα κλινικά χαρακτηριστικά, τη διαχείριση και την έκβαση των ασθενών με μυοκαρδιοπάθεια από ATTR στην Ελλάδα, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία εθνικού μητρώου της νόσου.

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

EA012 | Head-to-Head Comparison of Two Angiography-Derived Fractional Flow Reserve Techniques in Patients with High-Risk Acute Coronary Syndrome: a Multicenter Prospective Study

I. Skalidis¹, N. Noirclerc¹, T. Mahendiran¹, A. Candreva³, B. De Bruyne⁴, C. Collet⁴, O. Muller¹, S. Fournier¹

¹ Lausanne University Hospital (CHUV), Switzerland

² Lausanne University Hospital (CHUV) Switzerland

³ University Hospital of Zurich, Switzerland

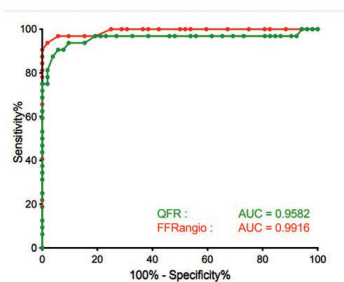
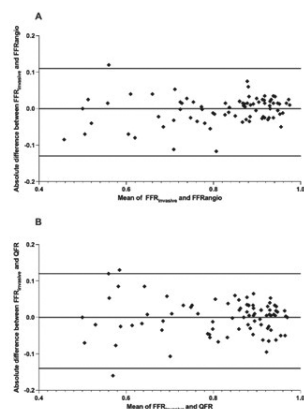
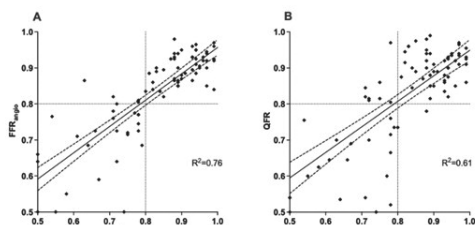
⁴ Aalst Cardiovascular Center, Belgium

Background FFRangio and QFR are angiography-based technologies that have been validated in patients with stable coronary artery disease. No head-to-head comparison to invasive fractional flow reserve (FFR) has been reported to date in patients with acute coronary syndromes (ACS).

Methods This study is a subset of a larger prospective multicenter, single-arm study that involved patients diagnosed with high-risk ACS in whom 30-70% stenosis was evaluated by FFR. FFRangio and QFR – both calculated offline by 2 different and blinded operators – were calculated and compared to FFR. The two co-primary endpoints were the comparison of the Pearson correlation coefficient between FFRangio and QFR with FFR and the comparison of their inter-observer variability.

Results Among 134 high-risk ACS screened patients, 59 patients with 84 vessels underwent FFR measurements and were included in this study. The mean FFR value was 0.82 ± 0.40 with 32 (38%) being ≤ 0.80 . The mean FFRangio was 0.82 ± 0.20 and the mean QFR was 0.82 ± 0.30 , with 27 (32%) and 25 (29%) being ≤ 0.80 , respectively. The Pearson correlation coefficient was significantly better for FFRangio compared to QFR, with R values of 0.76 and 0.61, respectively ($p=0.01$).

The inter-observer agreement was also significantly better for FFRangio compared to QFR (0.86 vs 0.79, $p < 0.05$). FFRangio had 91% sensitivity, 100% specificity, and 96.8% accuracy, while QFR exhibited 86.4% sensitivity, 98.4% specificity, and 93.7% accuracy. Conclusion In patients with high-risk ACS, FFRangio and QFR demonstrated excellent diagnostic performance. FFRangio seems to have better correlation to FFR compared to QFR but further larger validation studies are required.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Προφορικές Ανακοινώσεις

11.30-12.30 Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός I

Πρόεδροι: **Ε. Ρεπάσος** (Αθήνα), **Π. Φλεβάρη** (Αθήνα)ΠΑ001 | **Μελέτη ReCONSIDER: Παρουσίαση δεδομένων 2ου έτους από την έναρξη της μελέτης**

Χ. Κ. Αντωνίου¹, Κ. Γκατζούλης², Π. Δηλαβέρης², Π. Αρσένος², Σ. Σουλαϊδόπουλος², Α. Ξηνταράκου², Α. Λαϊνά², Ι. Δουνδουλάκης², Δ. Τσιαχρής², Σ. Σιδηρές³, Θ. Κωλέττης⁴, Ε. Κανουπάκης⁵, Α. Σιδηρές⁶, Π. Φλεβάρη⁷, Β. Βασιλικός⁸, Ι. Χαβελές⁹, Θ. Μαούνης¹⁰, Α. Κατσιβας¹¹, Α. Κωστάκης¹², Χ. Κοσσυβάκης¹³, Γ. Λεβεντόπουλος¹⁴, Γ. Ευθυμιάδης¹⁵, Ν. Φραγκάκης⁸, Ε. Σημαντηράκης⁵, Π. Κοραντζόπουλος⁴, Π. Νταβλούρος¹⁴, Α. Κορδαλής², Γ. Οικονόμου², Π. Ηλιάκης², Κ. Λέτσας¹⁰, Ο. Καρίκη¹⁰, Α. Κωστοπούλου¹⁰, Ι. Σκιαδάς³, Ν. Μηλαράς³, Π. Μάργος¹², Σ. Παρασκευαΐδης¹⁵, Κ. Παραβολιδάκης¹², Δ. Κλέττας⁷, Σ. Μαυρογένη¹⁰, Κ. Λαζαρίδης¹⁶, Ε. Ηλιοδρομίτης⁷, Γ. Φιλιππάτος⁷, Α. Δαμέλου¹⁷, Χ. Χασικίδης¹⁷, Κ. Πολυμερόπουλος¹⁸, Ι. Ζαρίφης¹⁸, Δ. Τούσουλης², Χ. Βλαχόπουλος², Κ. Τσιούφης²

¹ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,⁵ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,⁷ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ,⁹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,¹⁰ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ,¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,¹² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,¹³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,¹⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,¹⁵ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

¹⁶ 417 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,¹⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,¹⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Εισαγωγή: Τα κριτήρια επιλογής ασθενών με διατακτικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια (dilated cardiomyopathy - DCM) που παρουσιάζουν υψηλό αρρυθμιολογικό κίνδυνο και είναι πιθανό να ωφεληθούν από την εμφύτευση ενός καρδιακού απινιδωτή παραμένουν υπό διερεύνηση, ειδικά όταν πρόκειται για ασθενείς με σχετικά διατηρημένη συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας. **Στόχος - Μέθοδος:** Η πολυκεντρική μελέτη ReCONSIDER έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της διαστρωμάτωσης αρρυθμιολογικού κινδύνου σε ασθενείς με DCM, προτείνοντας ένα συνδυασμό αναίμακτης και επεμβατικής προσέγγισης. Για το σκοπό αυτό, διενεργείται μία διαβαθμισμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει την αξιολόγηση μη επεμβατικών δεικτών κινδύνου (non-invasive risk factors - NIRFs) ως πρώτο βήμα και ως δεύτερο τη διενέργεια προγραμματισμένης κοιλιακής διέγερσης (Programmed Ventricular Stimulation-PVS). Στη μελέτη συμπεριλαμβάνονται ασθενείς με DCM οι οποίοι κατηγοριοποιούνται σε δύο ομάδες ανάλογα με τη συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας - Ομάδα A (35% < KE ≤50%) και ομάδα B (KE < 35%). Ασθενείς με τουλάχιστον έναν θετικό NIRF - ιστορικό συγκοπής, τελοδιαστολική διάμετρο αριστερής κοιλίας >60mm, έκτακτες κοιλιακές συστολές >30/ώρα, μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία, θετικά όψιμα δυναμικά, παράταση QTc, μειωμένη διακύμανση καρδιακών παλμών, αυξημένη εναλλαγή του κύματος T και παρουσία ίνωση στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς - παραπέμπονται για PVS. Όλοι οι ασθενείς με επαγόμενη κοιλιακή ταχυαρρυθμία όπως και όλοι οι ασθενείς της ομάδας B λαμβάνουν καρδιακό απινιδωτή. Ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο ορίστηκε η εμφάνιση μείζονος αρρυθμιολογικού συμβάντος, συμπεριλαμβανομένου του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου και της ενεργοποίησης του απινιδωτή για κοιλιακή ταχυαρρυθμία. **Αποτελέσματα:** Συνολικά 159 ασθενείς (μέση ηλικία 58.7±11.3 έτη - 50 γυναίκες) έχουν συμπεριληφθεί στη μελέτη 2 έτη από την έναρξή της. Σε ποσοστό 90,6% έχει προηγηθεί αποκλεισμός στεφανιαίας νόσου με διενέργεια κλασικής στεφανιογραφίας. Στην ομάδα A εντάχθηκαν 69 (43,1%) ασθενείς και στην ομάδα B 90 (56,9%). Τουλάχιστον 1 θετικό NIRF παρατηρήθηκε σε 38 (55%) ασθενείς της ομάδας A και 68 (75,5%) ασθενείς της ομάδας B. Οι ασθενείς της ομάδας A με θετικά NIRFs υποβλήθηκαν σε ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο με αποτέλεσμα 12 ασθενείς να εμφανίσουν ταχυαρρυθμία στην PVS και να αντιμετωπιστούν περαιτέρω με εμφύτευση απινιδωτικής συσκευής. Από τους 50 ασθενείς της ομάδας B που υποβλήθηκαν σε PVS, 17 εμφάνισαν κοιλιακή ταχυαρρυθμία. **Συμπεράσματα:** Εφαρμόζοντας ένα συνδυασμό αναίμακτης και επεμβατικής προσέγγισης, η μελέτη ReCONSIDER αναμένεται να βελτιώσει τη διαστρωμάτωση αρρυθμιολογικού κινδύνου σε ασθενείς με DCM.

ΠΑ002 | Προκαταρκτικά αποτελέσματα σύγκρισης ενδοφλέβιας έναντι από του στόματος φλεκαινίδης σε συνδυασμό με β-αναστολέα στην παροξυσμική κολλική μαρμαρυγή

Δ. Αφενδούλης¹, Π. Βουτας¹, Μ. Αμπελιωτής¹, Μ. Μουταφής¹, Π. Μπουλάς¹, Ν. Σμυρνιούδης¹, Ι. Σταυρινούδης¹, Ν. Παπαγιάννης¹, Μ. Διδάγγελος², Α. Καρτάλης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Α.Χ.Ε.Π.Α. Θεσσαλονίκης

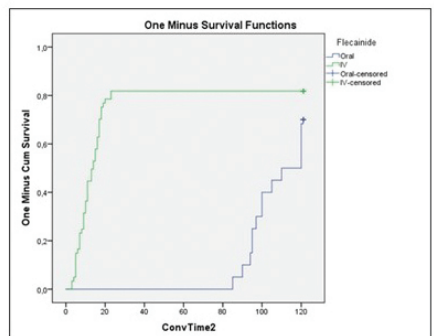
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη αποτελεί με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, θεραπεία πρώτης γραμμής για την ανάταξη ασθενών με πρόσφατης έναρξης κοιλιακή μαρμαρυγή, χωρίς γνωστή δομική/ισχαιμική καρδιοπάθεια. Λόγω των περιορισμένων δεδομένων σύγκρισης της αποτελεσματικότητας της ενδοφλέβιας φλεκαϊνίδης σε σχέση με την από του στόματος σε συνδυασμό με β-αποκλειστή στην διεθνή βιβλιογραφία, πραγματοποιήθηκε μελέτη σύγκρισης στο κέντρο μας, σε ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή στο τμήμα επειγόντων. **Υλικό/Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 181 συνεχόμενοι μη επιλεγμένοι ασθενείς (81 γυναίκες) μέσης ηλικίας 61,9±9 έτη, οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Αυτά ήταν η παρουσία παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής (<48 ώρες) σε ασθενείς χωρίς δομική ή ισχαιμική καρδιοπάθεια, χωρίς γνωστές διαταραχές του συστήματος αγωγής και χωρίς γνωστή ευαισθησία στην φλεκαϊνίδη. Οι ασθενείς έλαβαν με αναλογία 2:1 ενδοφλέβια και από του στόματος φλεκαϊνίδη. Οι ασθενείς που έλαβαν ενδοφλέβιο διάλυμα φλεκαϊνίδης σε δόση 1,5 mg/kg και από του στόματος β-αποκλειστή τουλάχιστον 30 λεπτά πριν ήταν 121, και 60 ασθενείς έλαβαν από του στόματος 300 mg φλεκαϊνίδη (200 mg και 100 mg μετά από 1 ώρα εφόσον δεν είχαν αναταχθεί) σε συνδυασμό με β-αποκλειστή. Οι ασθενείς βρίσκονταν υπο συνεχές monitoring και καταγράφηκε ο χρόνος ανάταξης σε φλεβοκομβικό ρυθμό μετά την αρχική χορήγηση του φαρμάκου. **Αποτελέσματα:** Επιτυχής ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό εντός των δύο ωρών επετεύχθη σε 99 από τους 121 ασθενείς (81,8%) που έλαβαν ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη και σε 42 από τους 60 ασθενείς (70%) που έλαβαν από του στόματος φλεκαϊνίδη, χωρίς στατιστική σημαντική διαφορά (p=0,07). Ο μέσος χρόνος ανάταξης ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερος στην ομάδα της ενδοφλέβιας σε σχέση με την από του στόματος φλεκαϊνίδη (11,7 vs 103,6 λεπτά αντίστοιχα, p<0,001). Οι υπόλοιποι ασθενείς ανατάχθηκαν ηλεκτρικά. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. **Συμπεράσματα:** Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα αυτής της συνεχιζόμενης μελέτης καταδεικνύουν την σημαντική διαφορά στον χρόνο ανάταξης μεταξύ των δύο οδών χορήγησης φλεκαϊνίδης σε συνδυασμό με β-αναστολέα σε ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Όσον αφορά την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα με τον έως τώρα αριθμό ασθενών δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους.



Διάρκεια ανάταξης (min) μεταξύ από του στόματος και ενδοφλέβιας φλεκαϊνίδης

Διαφορές μεταξύ από του στόματος και ενδοφλέβιας φλεκαϊνίδης			
	Φλεκαϊνίδη per os (n=60)	Φλεκαϊνίδη IV (n=121)	p value
Επιτυχής ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό στις 2 ώρες, n (%)	42 (70)	99 (81.8)	0.071
Διάρκεια ανάταξης, min	103.6±12.0	11.7±5.3	<0.001
Προαρρυθμικά συμβάματα, n (%)	0	0	n/a
Σοβαρή υπόταση, n (%)	0	0	n/a

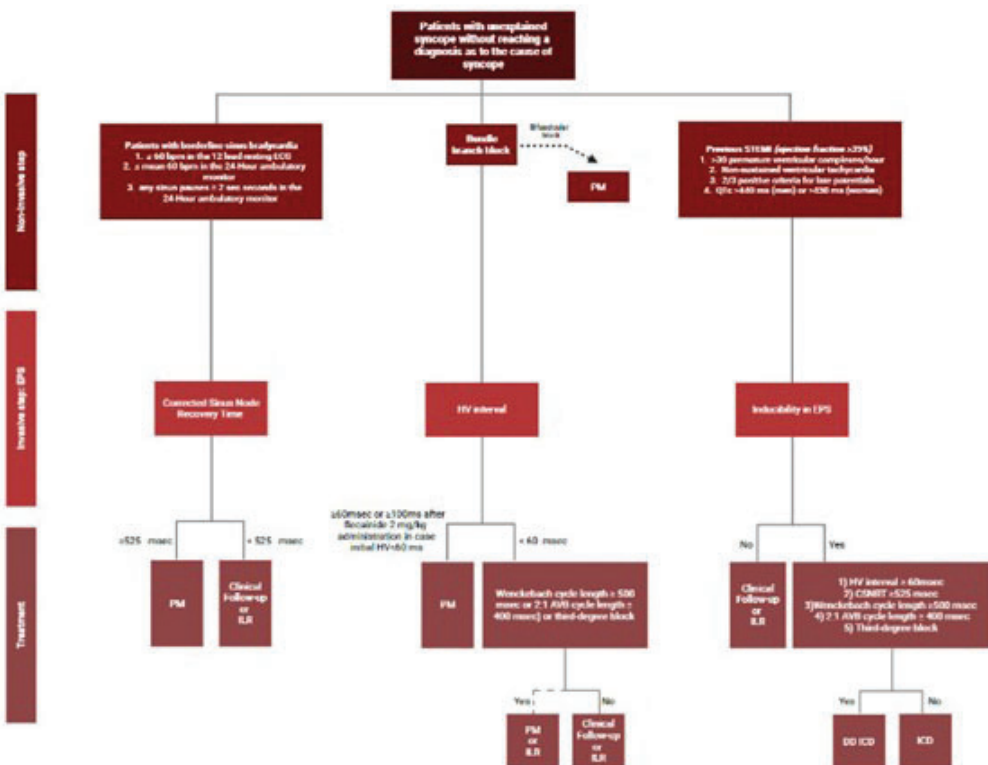
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ003 | Management of patients with unexplained syncope: Derivation and validation of a simplified 2-step diagnostic approach
I. Doundoulakis¹, D. Tsiachris¹, A. Kordalis¹, L. Koliastasis¹, S. Soulaïdopoulos¹, P. Arsenos¹, A. Xintarakou¹, P. Tsioufis¹, K. Tsioufis¹, K. A. Gatzoulis¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Previous studies have reported substantial costs for the evaluation of syncope and have suggested the adoption of a more systematic patient care pathway. **Objective:** The aim of this study was to develop a structured two-step approach, based on non-invasive diagnostic criteria that lead to electrophysiology study (EPS). This algorithm may be used as a short outpatient workup to identify a subgroup of unexplained syncope patients who will benefit from permanent pacemaker/implantable cardioverter defibrillator (PM/ICD). **Methods:** Two



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

independent cohorts were used: the derivation cohort with 665 patients based on electronic health record data in order to develop our two-step diagnostic approach and the validation cohort based on 160 prospectively screened patients, presenting with unexplained syncope episodes. Non-invasive electrocardiographic and imaging markers and an EPS-based invasive assessment were combined. A positive diagnostic approach according to our study's pre-specified criteria resulted to a decision to proceed with permanent PM/ICD, while this treatment option was not offered to patients with a negative approach. The primary endpoint was the time until the event of recurrent syncope (syncope-free survival). **Results:** Number needed to treat (NNT) was calculated for patients with a positive diagnostic approach. The number of patients with unexplained syncope and borderline sinus bradycardia needed to treat was 5 (NNT=5) and the number of patients with unexplained syncope and bundle branch block needed to treat was 3 (NNT=3) over a mean follow-up of approximately 4 years. After the structured two-step approach, the primary outcome occurred in 14 of 82 (17.1%) with PM/ICD and 19 of 57 (33%) with negative approach with a mean follow-up of approximately 2.5 years (29.29 ± 12.58 months, p=0.03). **Conclusion:** The low NNT in the derivation cohort and the low percentage of syncope recurrence in the validation cohort supports the proposed two-step electrophysiology (EP) inclusive algorithm as a potentially low cost, one day, structured tool for these patients.

ΠΑ004 | **Therapeutic inertia in rhythm control strategies in hospitalized patients with atrial fibrillation: Insights from Hellenic Cardiorenal Morbidity Snapshot (HECMOS) study**

P. K. Vlachakis¹, D. Tsiachris¹, I. Doundoulakis¹, P. Tsioufis¹, A. Kordalis¹, M. Botis¹, I. Leontsinis¹, C. K. Antoniou¹, C. Papachrysostomou², V. Dimitroula³, E. Maneta⁴, V. Chalkitis⁵, T. Kotsakis⁶, P. Skantzikas⁷, N. Kafkas⁸, G. Sidiropoulos⁹, D. Roussos¹⁰, G. Koudounis¹¹, K. A Gatzoulis¹, K. Tsioufis¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

⁴ Department of Clinical Therapeutics, National and Kapodistrian University of Athens Medical School, Athens, Greece,

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁶ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

¹⁰ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Introduction- Objectives: Current guidelines recommend a rhythm control strategy in patients with symptomatic atrial fibrillation (AF) while catheter ablation has shown to be a safer and more efficacious approach than antiarrhythmic medications. **Materials and Methods:** HEC-MOS was a nationwide snapshot survey of cardiorenal morbidity in hospitalized cardiology patients. In this sub-study, we included 276 cases who had a history of AF, particularly on the rhythm strategy and catheter ablation procedures had performed before the index admission. **Results:** Among 276 AF patients (mean age: 76.4±11.5, 58% male), 60.9% (N=168) had persistent AF and 39.1% (N=108) had paroxysmal AF. Heart failure was the main cause of admission in 54.3% (N=145) of the patients, while 14.1% (N=39) were admitted due to paroxysmal AF, 7.3% (N=20) due to bradyarrhythmic reasons and 6.5% (N=18) suffered from acute coronary syndrome. Most importantly, heart failure with reduced ejection fraction was present in 76 (27%) patients. Only 10 patients out of total (3%, mean age 59.7) had undergone AF ablation while electrical cardioversion had been attempted in 37 (13.4%) patients. Interestingly, in this AF population with heart failure, 3.6% (N=10) had a defibrillator implanted (4 single-chamber), and only 1.5% (N=4) had CRT-D. **Conclusion:** High prevalence of persistent AF was detected in hospitalized patients, with heart failure being the leading cause of admission and main comorbidity. Rhythm control strategies are notably underused, along with CRT-D implantation in patients AF and heart failure.

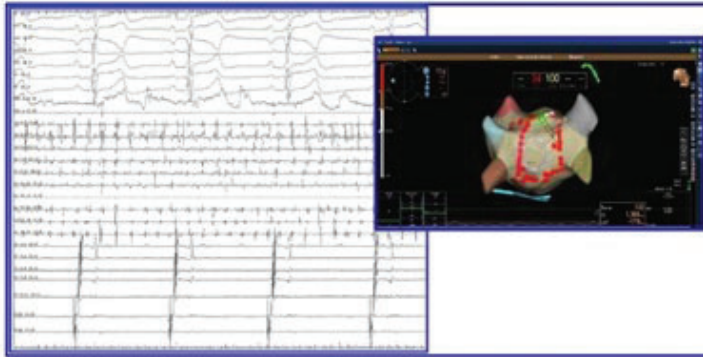
ΠΑ005 | Η προγνωστική σημασία της επεμβατικής επιτυχίας στην ηλεκτρική απομόνωση του οπισθίου τοιχώματος του αριστερού κόλπου, επιπλέον της απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή
Δ. Κατσάρας¹, Α. Βασιλόπουλος¹, Θ. Ζωγράφος¹, Κ. Κούβελας¹, Π. Χαραλαμπίδης¹, Ι. Ραΐτσος - Εξαρχόπουλος¹, Ε. Χριστοφοράτου¹, Π. Ιωαννίδης¹

¹ Καρδιολογικό Ρυθμολογικό Κέντρο, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική

Εισαγωγή: Η επιπρόσθετη αξία της απομόνωσης του οπίσθιου τοιχώματος του αριστερού κόλπου (ΟΤΑΚ) κατά την διαδικασία κατάλυσης της εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) δεν έχει ακόμα αποδειχθεί καθώς υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα. Σε αυτή την αναδρομική μελέτη, μελετήσαμε την προγνωστική σημασία του οξέος επεμβατικού αποτελέσματος με επίτευξη πλήρους ή μερικής απομόνωσης του ΟΤΑΚ, με ενέργεια ραδιοσυχνότητας, επιπροσθέτως της ηλεκτρικής απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών, σε ασθενείς με εμμένουσα ΚΜ, όσον αφορά στην υποτροπή κολπικών ταχυαρρυθμιών. **Υλικό και μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 100 ασθενείς (64±9.1 ετών, 66% άνδρες) που υπεβλήθησαν σε απομόνωση ΟΤΑΚ, επιπροσθέτως της ηλεκτρικής απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών, για τη θεραπεία εμμένουσας ΚΜ διάρκειας >μηνών (34% ήταν σε ΚΜ για > μήνες, 20% είχε υποβληθεί σε προηγούμενη επέμβαση κατάλυσης με απομόνωση των πνευμονικών φλεβών). Ως πλήρης απομόνωση ορίστηκε η ηλεκτρική αποσύνδεση των δυναμικών του ΟΤΑΚ μετά τη

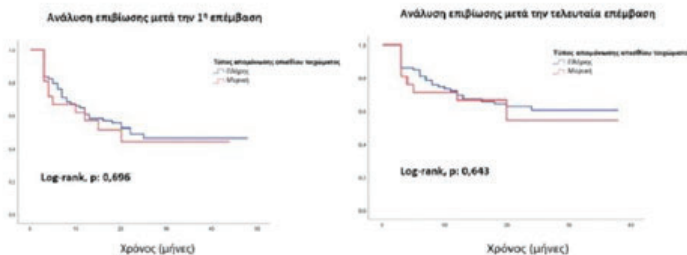
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



Εικόνα 1. Ταχεία αρρυθμική δραστηριότητα εντός του απομονωμένου οπίσθιου τοιχώματος και φλεβοκομβικός ρυθμός στον υπόλοιπο αριστερό κόλπο. Ο κυκλοτερός καθετήρας είναι σε επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα και οι πνευμονικές φλέβες είναι ηλεκτρικά απομονωμένες.

25.6±6.7 μήνες. Σε 79 ασθενείς, κατέστη δυνατή η επιτυχής ηλεκτρική απομόνωση του ΟΤΑΚ, ενώ σε 21 ασθενείς, η πλήρης απομόνωση δεν ήταν δυνατή, λόγω παραμονής αγωγής διαμέσου της γραμμής οροφής (n=16), διαμέσου της γραμμής στο κατώτερο οπίσθιο τοίχωμα (n=7), ή διαμέσου και των 2 γραμμών (n=2). Παρατηρήθηκε υποτροπή κολπικής ταχυαρρυθμίας στο 51% των ασθενών μετά την αρχική επέμβαση και σε 39% των ασθενών μετά την τελική επέμβαση (13% των ασθενών υποβλήθηκε σε επανεπέμβαση μετά από 7,5±3,8 μήνες). Η ανάλυση επιβίωσης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών στους οποίους επετεύχθη πλήρης απομόνωση του ΟΤΑΚ και αυτών στους οποίους η ηλεκτρική απομόνωση του ΟΤΑΚ ήταν μερική (Log-rank, p=0,7 και p=0,64 μετά την 1η και την τελευταία επέμβαση, αντιστοίχως). **Συμπεράσματα:** Η πλήρης απομόνωση του ΟΤΑΚ επετεύχθη σε ικανοποιητικό βαθμό



Εικόνα 2. Ανάλυση επιβίωσης ασθενών μετά επέμβαση κατάλυσης με μερική ή πλήρη ηλεκτρική απομόνωση οπίσθιου τοιχώματος του αριστερού κόλπου.

διενέργεια ευρείας κυκλοτερούς απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών και τετραγωνικής βλάβης με γραμμές στην οροφή και το έδαφος του αριστερού κόλπου. Ως μερική απομόνωση ορίστηκε η παραμονή κενού στις ως άνω γραμμοειδείς βλάβες, χωρίς σε αυτή την περίπτωση να επιχειρηθεί επιπρόσθετη κατάλυση εντός του ΟΤΑΚ.

Αποτελέσματα: Η μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν

25.6±6.7 μήνες. Σε 79 ασθενείς, κατέστη δυνατή η επιτυχής ηλεκτρική απομόνωση του ΟΤΑΚ, ενώ σε 21 ασθενείς, η πλήρης απομόνωση δεν ήταν δυνατή, λόγω παραμονής αγωγής διαμέσου της γραμμής οροφής (n=16), διαμέσου της γραμμής στο κατώτερο οπίσθιο τοίχωμα (n=7), ή διαμέσου και των 2 γραμμών (n=2). Παρατηρήθηκε υποτροπή κολπικής ταχυαρρυθμίας στο 51% των ασθενών μετά την αρχική επέμβαση και σε 39% των ασθενών μετά την τελική επέμβαση (13% των ασθενών υποβλήθηκε σε επανεπέμβαση μετά από 7,5±3,8 μήνες). Η ανάλυση επιβίωσης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών στους οποίους επετεύχθη πλήρης απομόνωση του ΟΤΑΚ και αυτών στους οποίους η ηλεκτρική απομόνωση του ΟΤΑΚ ήταν μερική (Log-rank, p=0,7 και p=0,64 μετά την 1η και την τελευταία επέμβαση, αντιστοίχως). **Συμπεράσματα:** Η πλήρης απομόνωση του ΟΤΑΚ επετεύχθη σε ικανοποιητικό βαθμό στους ασθενείς της μελέτης με αποσύνδεση των δυναμικών και χωρίς διενέργεια κατάλυσης εντός του ΟΤΑΚ. Οι ασθενείς στους οποίους δεν επετεύχθη πλήρης απομόνωση ΟΤΑΚ δεν είχαν δυσμενέστερο αποτέλεσμα στη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού.

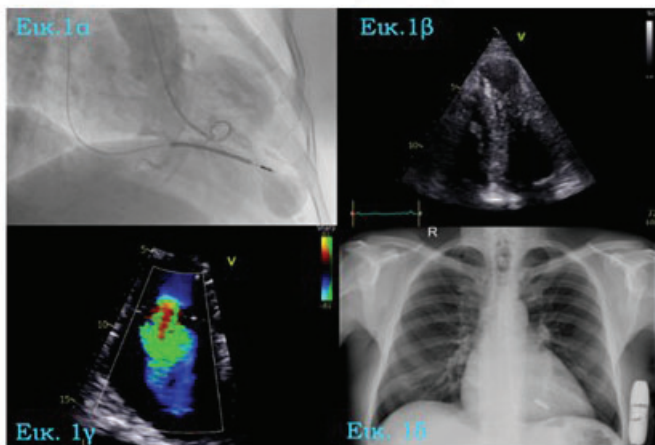
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ006 | Συνδιασμός συσκευών διαχείρισης καρδιακού ρυθμού σε ασθενή με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια κορυφής**N. Μηλαράς¹, Π. Δούρβας¹, Π. Κωστάκης¹, Β. Μαντζιάρης¹,****Ε. Τριανταφύλλου¹, Ι. Κλογκέρη¹, Ι. Νταλακούρας¹, Ζ. Σωτηρίου²,****Β. Νεύρας³, Σ. Σιδεράς¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/σκοπός: Οι καρδιαγγειακές εμφυτεύσιμες συσκευές έχουν εξελιχθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες με αποτέλεσμα την μείωση της επίπτωσης του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου, την παράταση επιβίωσης και την βελτίωση ποιότητας ζωής. Ο καρδιολόγος δύναται να επιλέξει ανάμεσα σε πληθώρα τέτοιων συσκευών για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών του, αναλόγως τις ενδείξεις και το προφίλ τους. **Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής 60 ετών με ιστορικό σαρκομερικής υπερτροφικής καρδιομυοπάθειας κορυφής (μετάλλαξη ΜΥΒΡC3), ανεύρυσμα κορυφής και μόνιμη κολπική μαρμαρυγή παραπέμφθηκε στην κλινική μας για αξιολόγηση λόγω δύο επεισοδίων συγκοπής (Εικόνα 1α). Ως πρώτο βήμα, χρησιμοποιήθηκε 24ωρη περιπατητική ηλεκτροκαρδιογραφία που αποκάλυψε παύσεις έως και 3,5 δευτερόλεπτα κατά την εγρήγορση και τριπλέτες μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας. Λόγω υψηλού HCM Risk-SCD score 7,6%, αποφασίσαμε να προχωρήσουμε στην εμφύτευση ενός διαφλεβίου απινιδωτή (ICD) προκειμένου να αντιμετωπίσουμε και τις δύο πιθανές αιτιολογίες συγκοπής. **Αποτελέσματα:** Μετά την εμφύτευση, ο ασθενής προσήλθε για ετήσιο επανέλεγχο με οίδημα κάτω άκρων και ήπια δύσπνοια στην κόπωση. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα αποκάλυψε νεοεμφανισθείσα σοβαρή τριγλώχινη ανεπάρκεια (TR) λόγω καθήλωσης της πρόσθιας γλωχίνας από το κοιλιακό καλώδιο του ICD (Εικόνα 1β,γ). Η TR μετά

την τοποθέτηση συσκευής είναι μια γνωστή επιπλοκή, η οποία οφείλεται κυρίως σε διάτρηση ή καθήλωση της γλωχίνας, ή βλάβη στον υποβαλβιδικό μηχανισμό. Η πρόσφυση των ηλεκτροδίων στη βαλβίδα προκαλεί ίνωση και ενθυλάκωση που συμβάλλουν περαιτέρω στην ανεπάρκειά της. Η TR ιστορικά είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και δυστυχώς οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο περισσότερης TR και ανεπάρκειας της δεξιάς κοι-



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

λίας. Μετά από ενδελεχή συζήτηση και χωρίς σχετικά δεδομένα στη βιβλιογραφία, προχωρήσαμε στην εξαγωγή του ICD και στην εμφύτευση ενός βηματοδότη χωρίς ηλεκτρόδια (LP) όσο και ενός υποδόριου ICD(s-ICD), καθώς ο τελευταίος στερείται ικανότητας βηματοδότησης (Εικόνα 1δ). **Συμπέρασμα:** Αν και οι βηματοδότες χωρίς ηλεκτρόδια και οι υποδόριοι ICDs συνήθως ενδείκνυνται σε ασθενείς με περιορισμένη φλεβική πρόσβαση στα άνω άκρα, βρεθήκαμε αντιμέτωποι με μια συμπτωματική ιατρογενή βαλβιδική ανεπάρκεια που μας οδήγησε στην εξώρυξη της διαφλέβιας συσκευής. Η εξώρυξη ηλεκτροδίων μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα δεν φείδεται επιπλοκών και δεν είμαστε σίγουροι εάν αυτό οδηγεί σε βελτίωση της σοβαρότητας της TR ή της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας. Η ταυτόχρονη εμφύτευση LP και s-ICD είναι μια βιώσιμη εναλλακτική λύση, αν και τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι ελάχιστα. Η βασική ανησυχία με τη συνδυασμένη θεραπεία s-ICD και LP είναι ότι τα βηματοδοτικά spikes μπορεί να γίνουν αισθητά από τον s-ICD και μπορεί να επηρεάσουν τους αλγόριθμους ανίχνευσης κοιλιακής αρρυθμίας.

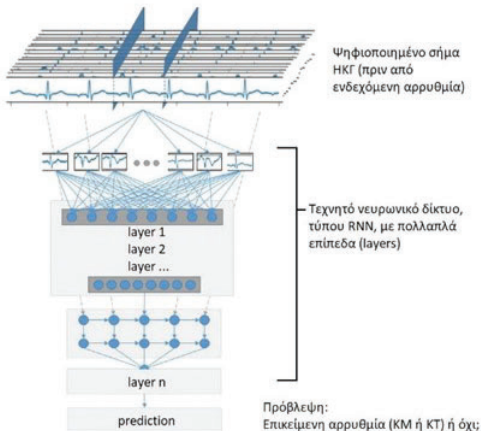
ΠΑ007 | Πρόβλεψη κλινικά σημαντικών αρρυθμιών από ηλεκτροκαρδιογραφικά σήματα, με τη χρήση μοντέλου τεχνητής νοημοσύνης με τεχνητά νευρωνικά δίκτυα: Πρωτόκολλο και σχεδιασμός μελέτης

**Π. Παντελίδης¹, Ε. Οικονομού¹, Δ. Τσιαχρής², Μ. Μπαμπά³,
Ε. Βαβουρανάκης¹, Π. Παπαπέτρου³, Θ. Παπαϊωάννου², Γ. Σιάσος¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ Department of Computer and Systems Sciences, University of Stockholm, Sweden



Εισαγωγή και σκοπός: Η έγκαιρη πρόβλεψη επικείμενων αρρυθμιών, όπως επεισοδίων κοιλιακής μαρμαρυγής (ΚΜ) και κοιλιακής ταχυκαρδίας (ΚΤ), θα μπορούσε να βελτιώσει την αντιμετώπισή τους. Οι μέθοδοι τεχνητής νοημοσύνης (ΤΝ) πιθανώς θα μπορούσαν να διακρίνουν λεπτές, μη ορατές με το ανθρώπινο μάτι, διαφορές σε φαινομενικά φυσιολογικά ηλεκτροκαρδιογραφικά (ΗΚΓ) σήματα που προδιαθέτουν σε μελλοντική αρρυθμία, πριν αυτή εκδηλωθεί. Παρουσιάζεται η μεθοδολογία για την εφαρμογή ενός πρωτοκόλλου εφαρμογής μεθόδων ΤΝ με τη χρήση τεχνητών νευρωνικών δικτύων (ΤΝΔ), με σκοπό την αναγνώριση ΗΚΓ σημάτων που σχετίζονται με μελλοντική ανάπτυξη ΚΜ και ΚΤ. **Μεθοδολογία**

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

και σχεδιασμός: Θα σχεδιαστεί μοντέλο TN, το οποίο θα τροφοδοτηθεί με ΗΚΓ σήματα σε δύο διακριτά στάδια, αυτό της εκπαίδευσης και αυτό του ελέγχου. Αρχικά θα συλλεχθούν δεδομένα συνεχούς ΗΚΓ καταγραφής από διαθέσιμες τράπεζες δεδομένων, όπως η βάση Physionet. Εφόσον εντοπιστούν χειροκίνητα τα χρονικά σημεία στα οποία ανευρίσκεται κάποιο επεισόδιο ΚΜ ή ΚΤ, τα σήματα θα εισαχθούν στο μοντέλο. Το μοντέλο TN θα εκπαιδευθεί στην αναγνώριση δυσδιάκριτων ΗΚΓ «ανωμαλιών» στο διάστημα προ αρρυθμιών, οι οποίες υποδηλώνουν επικείμενο επεισόδιο. **Κλινική εφαρμογή και έλεγχος απόδοσης:** Στο στάδιο ελέγχου, το «εκπαιδευμένο» μοντέλο TN θα εφαρμοστεί σε νέα δεδομένα εικοσιπεντάωρης ΗΚΓ καταγραφής με συσκευές Holter ρυθμού, που προέρχονται από το αρρυθμιολογικό εργαστήριό μας, τα οποία θα περιέχουν αρρυθμιολογικά συμβλήματα, χωρίς η χρονική εντόπισή τους να παρέχεται στο σύστημα. Το μοντέλο θα κληθεί να εντοπίσει τα τμήματα τα οποία εμφανίζουν παρόμοιες «ανωμαλίες» με αυτές που είχε συναντήσει κατά τη φάση της εκπαίδευσης, προβλέποντας έτσι πιθανές επικείμενες αρρυθμίες. Με βάση τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα (πρόβλεψη αρρυθμίας όταν απουσιάζει) και τα ψευδώς αρνητικά (μη πρόβλεψη υπαρκτής αρρυθμίας) θα καθοριστεί η απόδοσή του. Η διαδικασία αυτή θα επαναληφθεί για διαφορετικές αρχιτεκτονικές μοντέλων, και θα καθοριστεί έτσι ο συνδυασμός παραμέτρων με τη μέγιστη απόδοση. **Συμπεράσματα:** Οι τεχνικές TN υπόσχονται μία νέα προσέγγιση για την πρόβλεψη αρρυθμιών με βάση ΗΚΓ δεδομένα, πριν αυτές συμβούν, ένα εγχείρημα το οποίο έως σήμερα δεν έχει επιτευχθεί. Με τη βελτίωση των μεθόδων πρόβλεψης ανοίγονται νέοι δρόμοι για τη διαχείριση ασθενών σε κίνδυνο, είτε σε κλινικό περιβάλλον, με την ενσωμάτωση αποδοτικών εργαλείων σε συσκευές ΗΚΓ επιτήρησης, είτε στο σπίτι, με τη χρήση φορητών συσκευών (wearables).



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ008 | ATRIAL FIBRILLATION AND MORTALITY RISK IN HYPERTENSIVE PATIENTS ACCORDING TO CARDIORESPIRATORY FITNESS**A. Pittaras¹, C. Grassos², C. Faselis³, C. Kapsokoli⁴, N. Kouremenos⁵, I. Zarifis⁶, L. Poulimenos⁵, P. Kokkinos³**¹ MEDITON MEDICAL CENTER, VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA,² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA⁴ MEDITON MEDICAL CENTER⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Objective: Atrial fibrillation (AF) is associated with increased risk of mortality. Epidemiologic evidence strongly supports an inverse and graded association between cardiorespiratory fitness (CRF) and mortality risk. The impact of CRF status on mortality risk in hypertensive patients with AF has not been assessed. The aim of the study was to evaluate the association between CRF and mortality risk in hypertensive patients with AF. **Design and method:** We identified 24,171 hypertensive patients (mean age 67.5±9.0 yrs), with documented AF who completed an exercise treadmill test (ETT) between years 1999 to 2020, with no evidence of ischemia. We established 5 fitness categories (quintiles) based on age-specific peak metabolic equivalents (METs) achieved: Least-fit (4.0±1.1 METs; n = 8,857); Low-fit (6.4±1.1 METs; n = 6,103); Moderate-fit (7.8±1.1 METs; n = 4,256); Fit (10.0±0.9 METs; n = 3,803) and High-fit (12.6±1.6 METs; n = 1,152). We used multivariable Cox proportional hazard models to estimate hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals [CI] for mortality across CRF categories. The models were adjusted for age race, gender, resting blood pressure, comorbidities, and medications. **Results:** During follow-up (median = 8.8 years; 224,138 person-years), 10,499 individuals died (46.8 events per 1,000 person-years). The risk for stroke was 14% lower for each 1-MET increase in exercise capacity (HR = 0.86, CI: 0.85-0.87; p<0.001). When considering CRF categories, mortality risk was 27% lower for the Least-Fit individuals (HR = 0.73; CI: 0.70-0.77) and declined progressively with increased CRF to approximately 45% to 60% for Moderate-fit and Fit, and 67% (HR = 0.33; CI: 0.29-0.37) for High-Fit individuals. **Conclusions:** Increased CRF was inversely related to mortality in hypertensive patients with AF. The association was independent of comorbidities and graded.

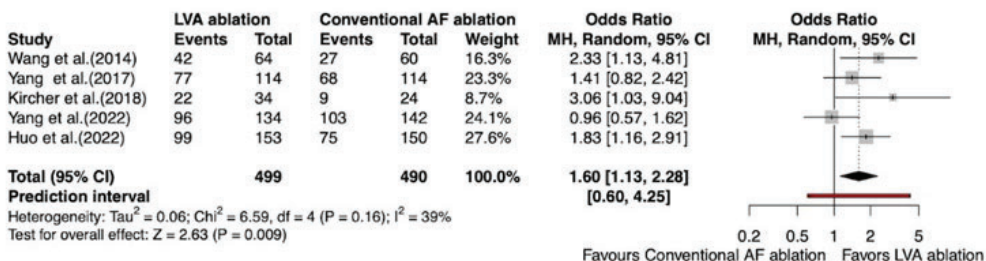
ΠΑ009 | Η αξία της τροποποίησης υποστρώματος των περιοχών με χαμηλά δυναμικά σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση**M. Τουμπουρλέκα¹, Δ. Πατουλιάς², Α. Αντωνιάδης¹, Κ. Τριανταφύλλου¹, Α. Ζάγουρας³, Μ. Καραμανίδου¹, Γ. Γιαννόπουλος¹, Ν. Φραγκάκης², Β. Βασιλικός¹**

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

- ¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ
- ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η επιλογή της βέλτιστης προσέγγισης κατάλυσης σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή δεν έχει αποσαφηνισθεί μέχρι πρόσφατα, ενώ τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της επιπρόσθετης κατάλυσης περιοχών, πέραν της κλασσικής απομόνωσης πνευμονικών φλεβών, παραμένουν αντικρουόμενα. Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της εξατομικευμένης τροποποίησης υποστρώματος περιοχών με χαμηλά δυναμικά σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή που υποβάλλονται σε κλασσική επέμβαση κατάλυσης. **Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση των PubMed, Cochrane Library, και σχετιζόμενης γκριζας βιβλιογραφίας, συμπεριλαμβανοντας το clinicaltrials.gov, από την απαρχή έως την 1η Ιουλίου 2023, για την ανεύρεση σχετικών τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών μελετών. Συγκρίθηκαν ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή που υποβλήθηκαν σε κλασσική επέμβαση κατάλυσης έναντι ασθενών που υποβλήθηκαν και σε επιπλέον τροποποίηση υποστρώματος περιοχών με χαμηλά δυναμικά. Ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο ορίστηκε η παραμονή χωρίς αρρυθμία, ενώ ως δευτερογενές σημείο αποτελεσματικότητας, η συνολική χρονική διάρκεια της επέμβασης. Πραγματοποιήθηκε μια προσχεδιασμένη ανάλυση υποομάδας για τους ασθενείς με παρουσία περιοχών με χαμηλά δυναμικά. Δεν τέθηκε κανένα φίλτρο αναφορικά με το πλαίσιο ή τη διάρκεια των μελετών, το μέγεθος δείγματος και τη γλώσσα δημοσίευσης. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος R version 4.1.0 και ο συντελεστής διπλευρης σημαντικότητας p-value <0.05 κρίθηκε στατιστικά σημαντικός. **Αποτελέσματα:** Συγκεντρώθηκαν δεδομένα από 5 μελέτες με συνολικό αριθμό 989 ασθενών (31% γυναίκες) με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή. Η κατάλυση με επιπρόσθετη τροποποίηση περιοχών με χαμηλά δυναμικά οδήγησε σε στατιστικά σημαντική αύξηση της πιθανότητας για παραμονή χωρίς αρρυθμία κατά 60%, συγκρινόμενη με την κλασσική κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής (odds ratio 1.60; 95% confidence interval 1.13-2.28; I²=39%; p=0.009). Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στη συνολική χρονική διάρκεια της επέμβασης ανάμεσα στις δύο προσεγγίσεις (mean difference -28.94 min; 95% confidence interval -69.39 to 11.51 min; I² = 98%, p=0.16). Σε ασθενείς με παρουσία περιοχών με χαμηλά δυναμικά (n=240), επιπρόσθετη τροποποίηση των σχετικών



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

περιοχών οδήγησε σε αυξημένη πιθανότητα παραμονής χωρίς αρρυθμία, σε σύγκριση με την τυπική κατάλυση (oddsratio 1.73; 95% confidence interval 1.03-2.90; I²=0%; p=0.04). **Συμπεράσματα:** Η παρούσα μετα-ανάλυση αναδεικνύει ότι η εξατομικευμένη προσέγγιση με τροποποίηση περιοχών με χαμηλά δυναμικά σχετίζεται με βελτιωμένη έκβαση σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή.



ΠΑ010 | Οι τιμές της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου και του αναερόβιου ουδού είναι σημαντικά ελαττωμένες μεταξύ ασθενών με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή: δεδομένα από τη μελέτη PLACEBO
A. Μπούλμπου¹, Α. Τσαρουχάς¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Γ. Ζορμπάς², Β. Ποτούπη¹, Γ. Παννακούλας³, Β. Βασιλικός¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α.
 Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή - σκοπός: Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (ΚΑΔΚ) αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για τη διάγνωση και την παρακολούθηση καρδιαγγειακών, αναπνευστικών και μυοσκελετικών νοσημάτων. Κατά τη διάρκεια της ΚΑΔΚ μετράται μια σειρά μεταβλητών, μεταξύ των οποίων η μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου (peak VO₂) και ο αναερόβιος ουδός (VAT) αποτελούν ισχυρούς δείκτες καρδιοαναπνευστικής εφεδρείας στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η ΚΑΔΚ έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση ασθενών με κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ). Έχει φανεί ότι οι ασθενείς με μόνιμη κολπική μαρμαρυγή (ΜΚΜ) εμφανίζουν επηρεασμένη καρδιοαναπνευστική εφεδρεία, σύμφωνα με τις μετρούμενες μεταβλητές κατά την ΚΑΔΚ. Οι ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή (ΠΚΜ) εμφανίζουν παρόμοια πρόγνωση και ισοδύναμο κίνδυνο για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα συγκριτικά με αυτούς με ΜΚΜ. Σκοπός της παρούσας ανάλυσης είναι να ελεγχθεί η καρδιοαναπνευστική εφεδρεία ασθενών με ΠΚΜ, μετρούμενης με την αξιολόγηση του peak VO₂ και του VAT κατά τη διάρκεια της ΚΑΔΚ. **Υλικό και μέθοδοι:** Χρησιμοποιήσαμε δεδομένα από τη μελέτη «PLACEBO» («Πρόγνωση παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής βασισμένη σε εργοσπιρομετρί-

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

κές παραμέτρους, νεότερους υπερηχοκαρδιογραφικούς και βιοχημικούς δείκτες»), η οποία συνιστά μονοκεντρική, προοπτική μελέτη παρατήρησης (ClinicalTrials.gov identifier: NCT05246423). Συμπεριλάβαμε 59 ασθενείς με ΠΚΜ και 30 ασθενείς - μάρτυρες. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ΚΑΔΚ το νωρίτερο 2 εβδομάδες μετά τον τελευταίο παροξυσμό ΚΜ. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε το $p < 0.05$. **Αποτελέσματα:** Στο δείγμα μας συμπεριλάβαμε 59 ασθενείς με ΠΚΜ και 30 ασθενείς - μάρτυρες. Τα βασικά δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα. Οι ασθενείς με ΠΚΜ είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία από τους μάρτυρες και χαρακτηρίζονται από περισσότερες συννοσηρότητες. Οι τιμές του $peakVO_2$ και του VAT είναι σημαντικά χαμηλότερες μεταξύ των ασθενών με ΠΚΜ συγκρινόμενες με αυτές των ασθενών - μαρτύρων [19.1 ± 5.28 έναντι 24.5 ± 6.51 ml/kg/min, $p < 0.001$ και 12.7 (3.9) έναντι 15.5 (6.3) ml/kg/min, $p < 0.001$, αντιστοίχως]. **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της ανάλυσης κατέδειξαν επηρεασμένη καρδιοαναπνευστική εφεδρεία μεταξύ ασθενών με ΠΚΜ, όπως αυτή αντανακλάται στις σημαντικά χαμηλότερες τιμές $peakVO_2$ και VAT. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην επίπτωση της ΠΚΜ, αλλά και των λοιπών συννοσηροτήτων, στη συνολική καρδιακή λειτουργία και στην αρρυθμογένεση. Η μειωμένη ανταχή στην άσκηση των ασθενών με ΠΚΜ καταδεικνύουν ακόμη έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Η ΚΑΔΚ πιθανόν να κατέχει μελλοντικά σπουδαίο ρόλο στην πρόγνωση των ασθενών με ΠΚΜ.

Μεταβλητή	Πλήθος ασθενών που συμπεριλήφθησαν στην ανάλυση	Ασθενείς με ΠΚΜ	Ασθενείς - μάρτυρες (n=30)	p-value
Ηλικία (έτη)	54	60.4 (13.8)	51 (26.6)	<0.001
Θήλυ φύλο (%)	54	46	51	0.080
BMI	54	27.8 (4.7)	25.5 (4.7)	0.031
Κάπνισμα (n)	54	18	11	0.758
Σακχαρώδης διαβήτης (n)	54	6	0	0.058
Αρτηριακή υπέρταση (n)	54	25	3	0.001
Δυσλιπιδαιμία (n)	54	28	7	0.011
Κατανάλωση αλκοόλ (n)	54	29	19	0.393
Άσκηση, όλα τα είδη (n)	54	38	22	0.773
Καρδιακή ανεπάρκεια (n)	54	1	0	0.453
Στεφανιαία νόσος (n)	54	1	0	0.453
Θυρεοειδική νόσος (n)	54	10	3	0.301
Peak VO_2 (ml/kg/min)	59	19.1±5.28	24.5±6.51	<0.001
VAT (ml/kg/min)	59	12.7 (3.9)	15.5 (6.3)	<0.001

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

12.30-14.00 Αρτηριακή υπέρτασηΠρόεδροι: **Στ. Λαμπρόπουλος** (Κοζάνη), **Κ. Οικονόμου** (Έδεσσα)**ΠΑ011 | Η Μεταβλητότητα της Αρτηριακής Πίεσης ως προγνωστικός δείκτης περί-επεμβατικών επιπλοκών σε ασθενείς με STEMI. Δεδομένα της μελέτης ACS-BP****Κ. Κωνσταντίνου¹, Α. Αποστολός¹, Κ. Παπέλης¹, Α. Κουμέλλη¹, Σ. Βαϊνά¹, Κ. Αζναουρίδης¹, Κ. Καλογεράς², Κ. Τσιούφης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η Μεταβλητότητα της Αρτηριακής Πίεσης (ΜΑΠ) έχει εξεταστεί για την προγνωστική της αξία σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) όσο και ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αγγειοπάθεια). Συνήθως αξιολογείται η ΜΑΠ που προκύπτει με μακροχρόνιες μετρήσεις (Visit to Visit) ή με τη χρήση της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αποσαφηνιστεί ο προγνωστικός ρόλος της beat to beat ΜΑΠ μέσω ενδαρτηριακής καταγραφής με την εμφάνιση περί-επεμβατικών επιπλοκών σε ασθενείς με Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) που οδηγούνται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. **Υλικό/Μέθοδοι:** Συνολικά μελετήθηκαν 368 ασθενείς με ΟΕΜ [64,3% άντρες, μέση ηλικία: 61,3έτη, 67,1% υπέρτασικοί, 48,1%STEMI] που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία-αγγειοπλαστική. Για την εκτίμηση της beat to beat ΜΑΠ έγινε καταγραφή των δεδομένων για τα 10 πρώτα λεπτά από την έναρξη της επέμβασης μέσω του συστήματος ενδαρτηριακής καταγραφής της ΑΠ. Υπολογίστηκε η ΜΑΠ με τη χρήση του δείκτη SD (standard deviation-τυπική απόκλιση) της Συστολικής (ΣΑΠ) και της διαστολικής (ΔΑΠ) αρτηριακής πίεσης. Ως προς τα καταληκτικά σημεία, εκτιμήθηκε η εμφάνιση διαχωρισμού της στεφανιαίας αρτηρίας, slow/no reflow φαινομένου και αρρυθμίας (Κοιλιακή ταχυκαρδία/μαρμαρυγή, Κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ), κολποκοιλιακός αποκλεισμός τουλάχιστον 2ου βαθμού) κατά την διάρκεια της επέμβασης έως και 24ωρες μετά. **Αποτελέσματα:** Η μονοπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι τόσο η SD-ΣΑΠ (OR=2,07, CI: 1,01-3,11,p<0,001) όσο και της ΔΑΠ (OR=1.89, CI:1,20-3.01,p=0,008) αποτελούν προγνωστικούς δείκτες για το σύνθετο καταληκτικό σημείο. Μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση, τόσο η SD-ΣΑΠ (OR=2,02, CI:1,02-3.77,p=0,03) όσο και της ΔΑΠ (OR=1.92, CI:1,22-3,59,p=0,045) διατηρούν την προγνωστική τους ισχύ ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την ΑΥ, το ΣΔ, και το ΚΕ. Ειδικά για την εμφάνιση ΚΜ προέκυψε υψηλή προγνωστική συσχέτιση όπου η αυξημένη SD-ΣΑΠ αποτελούσε ανεξάρτητο δείκτη για την εμφάνιση ΚΜ μετά από προσαρμογή στο ίδιο μοντέλο (OR=1,89, CI:1,01-3,12,p<0,001). **Συμπεράσματα:** Η ΜΑΠ αποτελεί ένα σύγχρονο προγνωστικό δείκτη που παθογενετικά συσχετίζεται με αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ). Κατά συνέπεια η αυξημένη ΜΑΠ, ενδεχομένως μέσω της ενεργοποίησης του ΣΝΣ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο περί-επεμβατικών επιπλοκών, που θα επέτρεπε την έγκαιρη διαλογή των ασθενών αυτών ώστε να τίθενται σε παρακολούθηση και στοχευμένη θεραπεία με τη χρήση φαρμάκων που αποδεδειγμένα μειώνουν τη ΜΑΠ όπως οι β-αποκλειστές και οι ανταγωνιστές ασβεστίου.

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ012 | CARDIORESPIRATORY FITNESS AND STROKE INCIDENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS**A. Pittaras¹, C. Faselis², C. Grassos³, A. Manolis⁴, K. Kyfnidis⁴, E. Kallistratos⁴, P. Kokkinos²**¹ MEDITON MEDICAL CENTER, VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA² VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Objective: Stroke incidence is significantly higher in hypertensive patients compared to normotensive subjects. Cardiorespiratory fitness (CRF) is associated with a more favorable cardiovascular health. The CRF-stroke incidence association in hypertensive patients has not been fully explored. Thus, the objective of the current study was to evaluate the association between CRF assessed objectively by a standardized exercise test, and stroke incidence in hypertensive patients. **Design and method:** From 1999 to 2020, we identified 460,172 hypertensive patients (mean age: 63.1 ± 8.7 years) with a normal response to an exercise treadmill test (ETT) and no prior history of stroke. We established five CRF categories based on age-stratified quintiles of peak metabolic equivalents (MET) achieved: Least-Fit (4.5 ± 1.2 METs; n = 106,620); Low-Fit (6.9 ± 1.1; n = 120,327); Moderate-Fit (8.3 ± 1.2 METs; n = 89,748); Fit (10.3 ± 0.9 METs; n = 107,323); and High-Fit (13.1 ± 1.6 METs; n = 36,154). A multivariable Cox proportional hazards model was constructed to estimate hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals [CI] for incidence of stroke across CRF categories. The model was adjusted for age, resting blood pressure, gender, race, coronary artery disease, smoking status, chronic kidney disease, atrial fibrillation, other cardiac risk factors, and medications. The Least-fit category was used as the reference group. **Results:** During follow-up (median = 10.6 years; 4,955,021 person-years), 11,868 individuals had a stroke (2.4 events per 1,000 person-years). The risk for stroke was 8% lower for each 1-MET increase in exercise capacity (HR = 0.92, CI: 0.91 - 0.93; p < 0.001). The risk across fitness categories, declined progressively with increased CRF and was by 15% for the Least-Fit individuals (HR = 0.85; CI: 0.81 - 0.89), approximately 30% to 40% for Moderate-fit and Fit individuals, and 45% lower (HR = 0.55; CI: 0.50 - 0.60; p < 0.001) for High-Fit individuals. **Conclusions:** Increased CRF was inversely related to stroke incidence in hypertensive patients. The association was independent and graded. These findings support the concept that health care professionals should encourage patients to engage in habitual physical activity of moderate intensity and progressively aim to meet the physical activity guidelines proposed by authorities.

ΠΑ013 | Συσχέτιση υπερηχογραφικών δεικτών διαστολικής λειτουργίας αριστεράς κοιλίας με τη θεραπευτική στρατηγική βασισμένη στην επλερερόνη έναντι της βασισμένης στην ιρβεσαρτάνη για την μείωση της αρτηριακής πίεσης σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς (HEBRO trial)

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

**Μ. Κουρεμέτη¹, Π. Ηλιάκης¹, Σ. Δρογκάρης¹, Ε. Σιάφη¹, Ι. Τσούμπου¹,
Α. Σακαλίδης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Φ. Τατάκης¹,
Ι. Καχριμανίδης¹, Ι. Αναστασιου², Μ. Σταθουλοπούλου¹,
Κ. Θωμόπουλος³, Κ. Τσιούφης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΕΛΕΝΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με δυσμενείς καρδιαγγειακές εκβάσεις. Η σχέση και η παθοφυσιολογική συσχέτιση της παχυσαρκίας με την αρτηριακή υπέρταση είναι σύμπλοκη. Στα παχύσαρκα άτομα, έχουν διαπιστωθεί αυξημένα επίπεδα αλδοστερόνης, παραγόμενα τόσο σε ιστικό όσο και συστηματικό επίπεδο. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για την επίδραση του αποκλεισμού της αλδοστερόνης με τη χρήση επλερενόνης σε υπερτασικούς παχύσαρκους ασθενείς ως θεραπεία πρώτης γραμμής. **Σκοπός** Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια μεταξύ της στρατηγικής που βασίζεται στην επλερενόνη έναντι της στρατηγικής που βασίζεται στην ιβεσαρτάνη σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς. **Μεθοδολογία** Η HEBRO (antiHypertensive treatment with Eplerenone vs. iBesarTan in hypeRtensive Obese patients - HEBRO trial (NCT03476616)) είναι μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, ανοιχτή, μελέτη στην οποία έχουν ενταχθεί 96 υπερτασικοί ασθενείς ηλικίας 30 έως 75 ετών, με παχυσαρκία [δείκτης μάζας σώματος ΔΜΣ ≥ 30 kg/m²]. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τόσο σε μέτρηση αρτηριακής πίεσης ιατρείου όσο και σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης. Κατόπιν, και αφού πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 25 mg επλερενόνης δύο φορές ή 150 mg ιβεσαρτάνης μία φορά την ημέρα και παρακολούθησαν για 6 μήνες. Στους 2 και 4 μήνες αντίστοιχα έγινε τιλοποίηση της αντιυπερτασικής αγωγής με προσθήκη αμλοδιπίνης ή/και ινδαπαμίδης. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η διαφορά στην 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών και τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία είναι η μεταβολή στη γεωμετρία της αριστεράς κοιλίας και του αριστερού κόλπου καθώς και στη λευκωματουρία, εκτιμώμενη από το λόγο αλβουμίνης/κρεατινίνης, μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών (Εικόνα 1: Flow-chart μελέτης).

Αποτελέσματα Η γεωμετρία της αριστερής κοιλίας και του αριστερού κόλπου αξιολογήθηκε αρχικά (baseline) και μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών, εκτιμώντας το δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας [left ventricular mass index (LVMI)], το relative wall thickness (RWT) και το δείκτη όγκου αριστερού κόλπου [left atrial volume index (LAVI)]. Κατά την έναρξη, ο δείκτης LVMI ήταν 102,9 g/m² \pm 18,1 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι 110,1 g/m² \pm 30,5 στο σκέλος της επλερενόνης, p=0.237. Στους 6 μήνες, ο δείκτης LVMI ήταν 99,1 g/m² \pm 21,2 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι 107,8 g/m² \pm 31,2, στο σκέλος της επλερενόνης, p= 0.283. Η μεταβολή του LVMI στα δύο σκέλη της μελέτης ήταν - 5,6 g/m² \pm 17,8 έναντι -4,5 g/m² \pm 22,6, p=0.843, αντίστοιχα. Κατά την έναρξη, ο δείκτης RWT ήταν 0,41 \pm 0,05 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι 0,41 \pm 0,06 στο σκέλος της επλερενόνης, p=0.603. Στους 6 μήνες, ο δείκτης RWT ήταν 0,39 \pm 0,08 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι 0,38 \pm 0,06 στο σκέλος της επλερενόνης, p=0.729. Η μεταβολή του RWT στα δύο σκέλη της μελέτης ήταν - 0,02 \pm 0,1 έναντι -

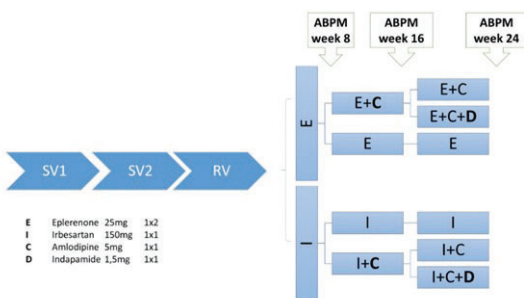
ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

$0,03 \pm 0,07$, $p=0.664$ αντίστοιχα. Όσον αφορά τη γεωμετρία του αριστερού κόλπου, κατά την έναρξη, ο δείκτης LAVI ήταν $30,6 \text{ ml/m}^2 \pm 16,9$ στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι $30,7 \text{ ml/m}^2 \pm 11,1$ στο σκέλος της επλερενόνης, $p=0.979$. Στους 6 μήνες, ο δείκτης LAVI ήταν $32,1 \text{ ml/m}^2 \pm 14,8$ στο σκέλος της ιβεσαρτάνης έναντι $26,2 \text{ ml/m}^2 \pm 7,2$ στο σκέλος της επλερενόνης, $p=0.059$. Η μεταβολή του LAVI στα δύο σκέλη της μελέτης ήταν $+1,1 \text{ ml/m}^2 \pm 6,6$ έναντι $-4,1 \text{ ml/m}^2 \pm 7,1$, $p=0.06$, αντίστοιχα. **Συμπεράσματα** Συμπερασματικά, δεν υπάρχουν στατιστικά

σημαντικές διαφορές στη γεωμετρία της αριστερής κοιλίας και του αριστερού κόλπου μεταξύ της αρχικής εκτίμησης και μετά από 6 μήνες παρακολούθησης, αν και υπάρχει μια αριθμητική τάση προς το σκέλος της επλερενόνης, όσον αφορά τη μείωση του LAVI. Μπορεί να ειπωθεί ότι η θεραπευτική στρατηγική βασιζόμενη στην επλερενόνη δεν είναι κατώτερη (non-inferior) συγκριτικά με την θεραπευτική στρατηγική βασιζόμενη στην ιβεσαρτάνη όσον αφορά τη μείωση της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας και του όγκου του αριστερού κόλπου σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς.

HEBRO flow chart



ΠΑ014 | Συγκριτική μελέτη της θεραπευτικής στρατηγικής βασιζόμενη στην επλερενόνη έναντι της βασιζόμενης στην ιβεσαρτάνη για την μείωση 24ωρης περιπατητικής αρτηριακής πίεσης σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς (HEBRO study)

Π. Ηλιάκης¹, Μ. Κουρεμέτη¹, Σ. Δρογκάρης¹, Ε. Σιάφη¹, Φ. Τατάκης¹, Μ. Μαρκέτου², Χ. Γράσσος³, Κ. Δημητριάδης¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Θωμόπουλος⁴, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

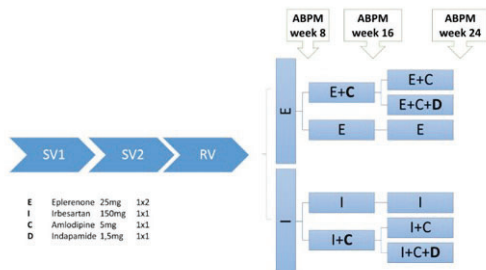
⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΕΛΕΝΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με δυσμενείς καρδιαγγειακές εκβάσεις. Η σχέση και η παθοφυσιολογική συσχέτιση της παχυσαρκίας με την αρτηριακή υπέρταση είναι σύμπλοκη. Στα παχύσαρκα άτομα, έχουν διαπιστωθεί αυξημένα επίπεδα αλδοστερόνης, παραγόμενα τόσο σε ιστικό όσο και συστηματικό επίπεδο. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για την επίδραση του αποκλεισμού της αλδοστερόνης με τη χρήση επλερενόνης σε υπερτασικούς παχύσαρκους ασθενείς ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Σκοπός Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

HEBRO flow chart



να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια μεταξύ της στρατηγικής που βασίζεται στην επλερερόνη έναντι της στρατηγικής που βασίζεται στην ιβεσαρτάνη σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς. **Μεθοδολογία** Η HEBRO (antiHypertensive treatment with Eplerenone vs. lBesartan in hypeRtensive Obese patients - HEBRO trial (NCT03476616)) είναι μια προοπτική, τυχαίοποιημένη, ανοιχτή, πολυκεντρική μελέτη στην οποία έχουν ενταχθεί 96 υπερτασικοί ασθενείς ηλικίας 30 έως 75 ετών, με παχυσαρκία [δείκτης μάζας σώματος ΔΜΣ \geq 30

kg/m²]. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τόσο σε μέτρηση αρτηριακής πίεσης ιατρείου όσο και σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης (ABPM). Κατόπιν, και αφού πληρούνταν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, οι ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε 25 mg επλερερόνης δύο φορές ή 150 mg ιβεσαρτάνης μία φορά την ημέρα και παρακολούθηθηκαν για 6 μήνες. Στους 2 και 4 μήνες αντίστοιχα έγινε τιτλοποίηση της αντιυπερτασικής αγωγής με προσθήκη αμλοδιπίνης ή/και ινδαπαμίδης. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η διαφορά στην 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών και τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία είναι η μεταβολή στην υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας και τη λευκωματουρία μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών (Εικόνα 1: Flow-chart μελέτης). **Αποτελέσματα** Κατά την ένταξη των ασθενών η μέση τιμή της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής (ABPM) είναι 141.2/85.7 mmHg \pm 8.6/8.5 στο σκέλος της επλερερόνης έναντι 140.0/84.3 mmHg \pm 8.4/7.4 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης ($p=0.507$ και $p=0.425$ για τη ΣΑΠ και ΔΑΠ αντίστοιχα). Στους 2 μήνες παρακολούθησης η μέση τιμή της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής (ABPM) είναι 132.9/80.9 mmHg \pm 11.4/7.9 στο σκέλος της επλερερόνης έναντι 126.1/77.1 mmHg \pm 14.7/8.7 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης. Η μέση πτώση της 24ωρης περιπατητικής ΑΠ στους 2 μήνες είναι -7.3/-4.6 mmHg \pm 13.8/8.8 στο σκέλος της επλερερόνης έναντι -13.5/-6.1 mmHg \pm 13.6/8.2 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης ($p=0.051$ και $p=0.432$ για τη ΣΑΠ και τη ΔΑΠ αντίστοιχα). Στους 4 μήνες παρακολούθησης η μέση τιμή της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής (ABPM) είναι 125.7/77.1 mmHg \pm 10.6/7.6 στο σκέλος της επλερερόνης έναντι 122.5/73.5 mmHg \pm 12.7/7.7 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης. Η μέση πτώση της 24ωρης περιπατητικής ΑΠ στους 4 μήνες είναι -14.7/-8.3 mmHg \pm 11.6/8.4 στο σκέλος της επλερερόνης έναντι -17.0/-9.6 mmHg \pm 12.1/8.0 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης ($p=0.420$ και $p=0.481$ για τη ΣΑΠ και τη ΔΑΠ αντίστοιχα). Στους 4 μήνες ο μέσος αριθμός φαρμάκων που ελάμβαναν οι ασθενείς στο σκέλος της επλερερόνης ήταν 1.8 ± 0.4 έναντι 1.5 ± 0.5 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης ($p=0.025$). Στους 6 μήνες παρακολούθησης η μέση τιμή της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής (ABPM) είναι 125.5/76.5 mmHg \pm 12.5/7.4 στο σκέλος της επλερερόνης έναντι 120.1/72.3 mmHg \pm 9.4/6.4 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης ($p=0.063$ και $p=0.020$). Η μέση πτώση της 24ωρης περιπατητικής ΑΠ στους 6 μήνες είναι -15.7/-8.6 mmHg \pm 14.4/9.5 στο σκέλος της επλερερόνης έναντι -19.4/-10.9 mmHg \pm 11.9/6.7 στο σκέλος της ιβεσαρτάνης ($p=0.286$ και $p=0.285$ για τη ΣΑΠ και τη ΔΑΠ αντίστοιχα). Στους 6 μήνες ο μέσος αριθμός φαρμάκων που ελάμβαναν οι ασθενείς στο σκέλος της επλερερόνης ήταν 2.1 ± 0.8 έναντι 1.9 ± 0.8 στο σκέλος

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

της ιββεσαρτάνης ($p=0.46$). **Συμπεράσματα** Συμπερασματικά, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τιμές της μέσης 24ωρης περιπατητικής καταγραφής αρτηριακής πίεσης και στα δύο σκέλη της μελέτης κατά την έναρξη και σε όλα τα χρονικά πλαίσια παρακολούθησης - αξίζει να σημειωθεί οριακή ανωτερότητα της ιββεσαρτάνης μόνο όσον αφορά τη μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης στους 2 μήνες (ενδιάμεσο καταληκτικό σημείο). Όσον αφορά το πρωτογενές καταληκτικό σημείο, τη μείωση της 24ωρης περιπατητικής ΑΠ στους 6 μήνες, η θεραπευτική στρατηγική βασιζόμενη στην επλερενόνη δεν ήταν κατώτερη (non-inferior) συγκριτικά με τη θεραπευτική στρατηγική βασιζόμενη στην ιββεσαρτάνη, με ισοδύναμα αποτελέσματα στη μείωση της ΑΠ και παρόμοιο συνολικό αριθμό αντιυπερτασικών φαρμάκων που χρειάστηκαν για να επιτευχθεί ρύθμιση της ΑΠ στους 6 μήνες παρακολούθησης (2.1 έναντι 1.9, $p=0.46$).

ΠΑ015 | Επίδραση της διαίτας DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) έναντι της Μεσογειακής διαίτας με παράλληλο περιορισμό του άλατος στους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου σε ενήλικες με υψηλή φυσιολογική αρτηριακή πίεση ή υπέρταση σταδίου 1: Αποτελέσματα μιας τυχαιοποιημένης κλινικής μελέτης

Χ. Φιλίππου¹, Κ. Θωμόπουλος², Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Χ. Χρυσόχου¹, Φ. Τατάκης¹, Ε. Σιάφη¹, Δ. Τερεντές-Πρίντζιος¹, Αν. Νικολάου¹, Ι. Βόσσος¹, Π. Τσιούφης¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΕΛΕΝΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής συστήνονται ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τον έλεγχο του μεταβολικού συνδρόμου. Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν μελέτες που να συγκρίνουν τις επιδράσεις της διαίτας DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) και της Μεσογειακής διαίτας με παράλληλο περιορισμό του άλατος στους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. **Σκοπός:** Η αξιολόγηση των επιδράσεων στους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου υπό το πρίσμα του μεταβολικού συνδρόμου μιας 3μηνιαίας διατροφολογικής παρέμβασης που περιελάμβανε περιορισμό του άλατος είτε ως μόνη παρέμβαση, είτε στο πλαίσιο της διαίτας DASH και της Μεσογειακής διαίτας σε ασθενείς με υψηλή φυσιολογική αρτηριακή πίεση ή υπέρταση σταδίου 1 που δε λάμβαναν αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή. **Υλικό-Μέθοδοι:** 240 ενήλικες τυχαιοποιήθηκαν στις 4 ομάδες της μελέτης, δηλαδή στην ομάδα ελέγχου ($n = 60$), στην ομάδα περιορισμού του άλατος ($n = 60$), στην ομάδα της διαίτας DASH με περιορισμό άλατος ($n = 60$) ή στην ομάδα της Μεσογειακής διαίτας με περιορισμό άλατος ($n = 60$). Στα καταληκτικά σημεία της μελέτης συμπεριλαμβάνονταν οι επιτευχθείσες διαφορές μεταξύ των ομάδων της μελέτης στην πιθανότητα παρουσίας του μεταβολικού συνδρόμου και των συνιστωσών του στο τέλος της παρέμβασης. **Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με την ανάλυση intention-to-treat, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι ομάδες

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

της διαίτας DASH και της Μεσογειακής διαίτας είχαν 71% και 85%, αντίστοιχα, μικρότερη πιθανότητα παρουσίας μεταβολικού συνδρόμου στο τέλος της παρέμβασης. Επιπλέον, η ομάδα της Μεσογειακής διαίτας εμφάνισε μικρότερη πιθανότητα παρουσίας αυξημένων επιπέδων αρτηριακής πίεσης, σε σύγκριση τόσο με την ομάδα της διαίτας DASH, όσο και με την ομάδα περιορισμού του άλατος και μικρότερη πιθανότητα παρουσίας μεταβολικού συνδρόμου, σε σύγκριση με την ομάδα περιορισμού του άλατος. Επιπλέον, η ολική και η LDL-χοληστερόλη, η γλυκόζη νηστείας, η HbA1c και η συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση μειώθηκαν και στις 3 ομάδες της παρέμβασης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. **Συμπεράσματα:** Η Μεσογειακή διαίτα με περιορισμό του άλατος αποδείχθηκε περισσότερο αποτελεσματική για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, αλλά τόσο η Μεσογειακή διαίτα, όσο και η διαίτα DASH μείωσαν την πιθανότητα παρουσίας μεταβολικού συνδρόμου στον ίδιο βαθμό. clinicaltrials.gov NCT05669404

ΠΑ016 | Η Μεταβλητότητας της Αρτηριακής Πίεσης ως προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας σε ασθενείς με Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Δεδομένα διетуός παρακολούθησης από τη μελέτη ACS-BP

Κ. Κωνσταντίνου¹, Α. Κουμέλλη¹, Α. Αποστολόγ¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Κ. Παππέλης¹, Α. Κασιακόγιας¹, Ν. Βογιαντζάκης¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΜΑΠ) θεωρείται ένας σύγχρονος παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσουμε εάν η ΜΑΠ σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική (PCI) συσχετίστηκε με πρώιμη ή/και όψιμη θνησιμότητα καρδιαγγειακής αιτιολογίας. **Υλικό και μέθοδοι:** Συνολικά μελετήθηκαν 436 ασθενείς (65,4% άνδρες, μέση ηλικία: 62,6 έτη, 68,1% υπερτασικοί, 47,7% STEMI) που υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους λόγω ΟΕΜ. Τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους όσο και σε χρονικό διάστημα 6 και 12 και 24 μηνών προγραμματίστηκε η επανεκτίμησή τους προκειμένου να εκτιμηθεί η καρδιαγγειακή θνησιμότητα. Η ΜΑΠ που εξήχθη από την 24ωρη καταγραφή πραγματοποιήθηκε μέσω του συντελεστή μεταβλητότητας CV (coefficient of variation) της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής (ΔΑΠ) ΑΠ. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε 4 τεταρτημόρια με βάση τον CV. **Αποτελέσματα:** Μετά την πλήρη προσαρμογή των δεδομένων (ηλικία, φύλο, τύπος του ΟΕΜ, ΑΠ, ΣΔ, ΧΝΝ<3ο στάδιο) οι ασθενείς στο τεταρτημόριο με τον υψηλότερο CV της ΣΑΠ (Q4 n= 109) παρουσιάζουν μεγαλύτερη ενδονοσοκομειακή (HR = 1.88, 95% CI: 1,01-3,11, p<0.001), 6 μηνών (HR = 1,94, 95% CI: 1,01- 3,17, p<0.001), αλλά και μακροχρόνια (2 έτος παρακολούθησης) θνησιμότητα (HR = 2.08, 95% CI: 1.08-2.98, p=0.003) συγκριτικά με τους ασθενείς που παρουσίαζαν χαμηλότερη ΜΑΠ και είχαν ταξινομηθεί στα αντίστοιχα τεταρτημόρια (Q1-Q3, n=327). Αντίστοιχα αποτελέσματα προέκυψαν από τον έλεγχο του CV της ΔΑΠ. **Συμπεράσματα:** Στο πλαίσιο των ασθενών που εισήχθησαν με ΟΕΜ και υπεβλήθησαν σε PCI διαπιστώνεται ότι οι υψηλότερες μετεμφραγματικές τιμές ΜΑΠ τόσο της ΣΑΠ όσο και της ΔΑΠ εκθέτουν τους ασθενείς αυτούς σε υψηλότερο κίνδυνο πρόωρης και όψιμης θνησιμότητας. Κατ' επέκταση ο

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

έλεγχος της ΜΑΠ σε ασθενείς με OEM που υποβάλλονται σε PCI μπορεί να εντοπίσει ασθενείς που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο βραχυπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα και να συμβάλει στην έγκαιρη λήψη κλινικών αποφάσεων.

ΠΑ017 | Η επίδραση της υπερδραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος εκτιμώμενη με μικρονευρογραφία, στην συστολική αρτηριακή πίεση υπερτασικών ασθενών με μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος

N. Κακούρη¹, I. Ανδρίκου¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, E. Σιαφη¹, E. Μαντά¹, M. Σταθουλοπούλου¹, I. Τσούμπου¹, K. Τσιούφης¹, K. Θωμόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) αποτελεί την σημαντικότερη αιτία χρόνιας ηπατικής νόσου και ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης του τόνου του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ), όπως εκτιμήθηκε με την μικρονευρογραφία, στα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης σε υπερτασικούς ασθενείς με ή χωρίς ΜΑΛΝΗ. **Υλικό και μέθοδος:** 131 υπερτασικοί ασθενείς (μέση ηλικία 55±10 έτη, 63 άνδρες, μέση πίεση ιατρείου συστολική/διαστολική 141±21/89±9 mmHg) χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου υποβλήθηκαν σε μετρήσεις πίεσης στο ιατρείο. Η ΜΑΛΝΗ διαγνώστηκε με υπερηχογράφημα ήπατος και στην συνέχεια οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι της ΜΑΛΝΗ. Τα επίπεδα διέγερσης του ΣΝΣ εκτιμήθηκαν με την άμεση καταγραφή της δραστηριότητας των απαγωγών μεταγαγγλιακών συμπαθητικών νευρών των μυών (muscle sympathetic nerve activity-MSNA) βάσει καθιερωμένης τεχνικής (μικρονευρογραφία). **Αποτελέσματα:** Στο σύνολο του πληθυσμού, οι υπερτασικοί με ΜΑΛΝΗ (n=79) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (n=52) ήταν νεότεροι (53±10 έναντι 57±9 έτη, αντίστοιχα, p=0.01) και ο δείκτης μάζας σώματος ήταν πιο αυξημένος (33±9 έναντι 26±3 kg/m², p<0.001). Επίσης, είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την μέση αρτηριακή πίεση ιατρείου (μέση συστολική/μέση διαστολική πίεση ιατρείου 142±14.8 έναντι 140±14.6 mmHg, 90±10 έναντι 87±8 mmHg αντίστοιχα). Οι ασθενείς με λιπώδες ήπαρ είχαν υψηλότερα τριγλυκερίδια (122±50 έναντι 104±43 mg/dl, p<0.04) ενώ δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, στη ολική χοληστερόλη και στην ρυθμό σπειραματικής διήθησης (p=ns). Στην ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, οι υπερτασικοί ασθενείς με ΜΑΛΝΗ εμφάνισαν μεγαλύτερη ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος με αυξημένα επίπεδα MSNA συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (45 ± 9.5 έναντι 39±7 ριπές ανά λεπτό, αντίστοιχα, p<0.04). Επίσης, σύμφωνα με το μοντέλο πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, το MSNA αποδείχθηκε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την παρουσία ΜΑΛΝΗ (OR 1.13, 95% CI 1.01-1.26, p=0.03). Συμπεράσματα: Η υψηλότερη διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, όπως αντικατοπτρίζεται από το MSNA, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την παρουσία ΜΑΛΝΗ σε υπερτασικούς ασθενείς καθώς εμφανίζουν και υψηλότερη μέση συστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου. Τα ευρήματα αυτά εν μέρει μπορούν να εξηγήσουν τον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο υπερτασικών ασθενών με ΜΑΛΝΗ.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ018 | **Συσχέτιση των διαταραχών της γλυκόζης με τον κίνδυνο εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής σε υπερτασικούς ασθενείς**
Θ. Λύτρα¹, Σ. Μ. Κυβέλου¹, Ν. Βυθούλας Μπιωπτης², Θ. Αναστασίου³, Ε. Καρπανου², Γ. Βυσοούλης²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση των διαταραχών της γλυκόζης με τον κίνδυνο εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής σε υπερτασικούς ασθενείς. **Υλικό και Μέθοδοι** Συμπεριλήφθηκαν 34.280 διαδοχικοί υπερτασικοί ασθενείς (51.87% άνδρες, ηλικία 58.7±13.9 έτη). Η διάγνωση της υπέρτασης βασίστηκε στις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσεως στο εξωτερικό ιατρείο και στην 24ώρη καταγραφή της. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε 4 ομάδες: φυσιολογικό μεταβολισμό σακχάρου (NG), διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας (IFG), διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης (IGT) και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (T2D). Κάθε ομάδα χωρίστηκε σε 3 υποομάδες με βάση τον ρυθμό: φλεβόκομβος ρυθμός (SR), παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή (PAF) και μόνιμη κολπική μαρμαρυγή (SAF). Σε κάθε ομάδα εκτιμήθηκαν μέση τιμή γλυκόζης (eAG), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), ινσουλίνη, ομοιοστατικό μοντέλο εκτίμησης αντοχής ινσουλίνης (HOMA-IR) και η διακύμανση τους ανάλογα τον ρυθμό. **Αποτελέσματα** Στην ομάδα NG (15.549, 45.3%), οι δείκτες μεταβολισμού της γλυκόζης παρουσίασαν διαφορά ανάλογα τον ρυθμό (γλυκόζη p=0.004, eAG, HbA1c, ινσουλίνη, HOMA-IR, p<0.001). Παρατηρήθηκε αυξημένη τιμή των δεικτών στους ασθενείς με SAF και δευτερευόντως με PAF συγκριτικά με SR (γλυκόζη p=0.011, οι υπόλοιποι δείκτες p<0.001). Η ομάδα IFG (6.971, 20.3%), παρουσίασε επίσης διαφορά στους δείκτες ανάλογα τον ρυθμό (γλυκόζη, eAG p<0,05, HbA1c, ινσουλίνη, p<0,001) και ήταν σημαντικά αυξημένοι στην υποομάδα PAF σε σχέση με SR (p<0.05). Η ινσουλίνη και η HbA1c είχαν υψηλότερες τιμές στην SAF συγκριτικά με την SR (p≤0.05). Η eAG ήταν υψηλότερη στην SAF σε σχέση με την PAF (p<0.05). Στους ασθενείς στην ομάδα IGT (5.933, 17.3%), παρατηρήθηκαν διαφορές στα επίπεδα των δεικτών με βάση τον ρυθμό (eAG, HbA1c, ινσουλίνη, HOMA-IR p<0.05). Η υποομάδα SAF είχε υψηλότερα επίπεδα ινσουλίνης και HOMA-IR από την SR (p<0.05). Στην ομάδα T2DM (5.824, 16.9%), διαπιστώθηκε επίσης διαφορά των δεικτών γλυκόζης με βάση τον ρυθμό (γλυκόζη p=0.031, ινσουλίνη p=0.002, eAG, HOMA-IR, HbA1c p<0.001). Η υποομάδα PAF είχε υψηλότερες τιμές eAG, HbA1c, HOMA-IR, (p<0.05) και η SAF υψηλότερους δείκτες γλυκόζης, ινσουλίνης, eAG, HOMA-IR (p≤0.05), HbA1c (p<0.001) συγκριτικά με την SR. **Συμπεράσματα** Η ύπαρξη προδιαβήτη και διαβήτη αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής στους υπερτασικούς ασθενείς και η πιθανότητα εμφάνισης αυξάνεται όσο αυξάνονται οι δείκτες γλυκόζης.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ019 | Βελτίωση της φυσικής κατάστασης των ασθενών με τον ίο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας ένα χρόνο μετά την έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας με αναστολείς ιντεγκράσης ή πρωτεάσης
Δ. Μπενάς¹, Ε. Τριανταφυλλίδη², Δ. Μπίρμπα¹, Π. Φράγκου³, Κ. Πρωτόπαπας², Δ. Καββαθά², Α. Αντωνιάδου², Α. Παπαδόπουλος²

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

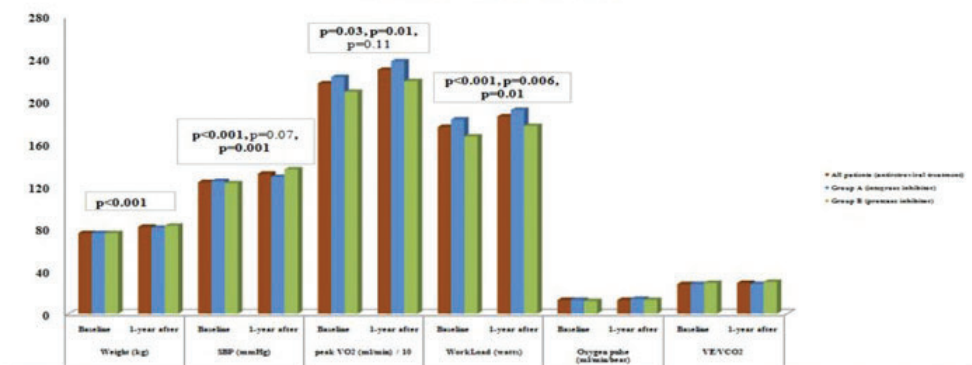
² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Δ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, Α ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Εισαγωγή: Ο ίος της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV) οδηγεί σε πρώιμη εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου σε νεαρούς ενήλικες. Η αύξηση του σωματικού βάρους (ΣΒ) και της αρτηριακής πίεσης παρατηρούνται συχνά άμεσα μετά την έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής (ART). Ο έλεγχος της φυσικής κατάστασης μέσω της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης (CPET) αποτελεί δείκτη λειτουργικότητας του καρδιαγγειακού και αναπνευστικού συστήματος. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση τυχόν μεταβολών της φυσικής κατάστασης επαγόμενων από διαφορετικούς παράγοντες ART σε κατά τα άλλα υγιείς, πρωτοδιαγνωσθέντες HIV ασθενείς ένα χρόνο μετά την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας. Υλικό και μέθοδος: Μελετήσαμε 46 πρωτοδιαγνωσθέντες HIV ασθενείς (37±10 έτη, 87% άνδρες, 62% καπνιστές) στην αρχή και 1 χρόνο μετά την έναρξη ART (αναστολείς ιντεγκράσης ή πρωτεάσης). Από τον συνολικό πληθυσμό, έγινε τυχαία επιλογή 26 ασθενών να λάβουν το νεότερο αναστολέα ιντεγκράσης, ντολουτεγκραβίρη (ομάδα Α, μέση ηλικία=36±9 έτη, 100% άνδρες, 77% καπνιστές) ενώ 19 ασθενείς έλαβαν τον παλαιότερο αναστολέα πρωτεάσης, δαρουναβίρη/κομπισιστάτη (ομάδα Β, μέση ηλικία=37±10 έτη, 90% άνδρες, 47% καπνιστές). Εκτιμήθηκαν οι μεταβολές

Changes in BW, SBP and CPET parameters in HIV patients 1-year after treatment initiation



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

στο ΣΒ, τη συστολική αρτηριακή πίεση (SBP) και τις CPET παραμέτρους (peak VO₂, Oxygen pulse, Work Load, VE/VCO₂). **Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς των Ομάδων Α και Β δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς την ηλικία, το ΣΒ και τις CPET παραμέτρους τόσο στην αρχή όσο και ένα χρόνο μετά την έναρξη αγωγής. Στο συνολικό HIV πληθυσμό παρατηρήθηκε αύξηση του σωματικού βάρους (76±12 vs. 82±15kg, p<0.001), της SBP (124±12 vs. 132±14mmHg, p<0.001), του WorkLoad (176±35 vs. 186±35watt, p<0.001) και peak VO₂ (2171±437 vs. 2299±491ml/min, p=0.03) ένα χρόνο μετά την έναρξη αγωγής. Στην Ομάδα Α παρατηρήθηκε ομοίως αύξηση ΣΒ (p<0.001), SBP (p=0.07), Work Load (p=0.006) και peak VO₂ (p=0.01) ενώ στην Ομάδα Β αυξήθηκαν το ΣΒ (p<0.001), η SBP (p=0.001) και το Work Load (p=0.01). **Συμπεράσματα:** Ένα χρόνο μετά την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας με αναστολείς ιντεγκράσης ή πρωτεάσης παρατηρείται βελτίωση της φυσικής κατάστασης των πρωτοδιαγνωσθέντων HIV ασθενών παρά τη μη επιθυμητή αύξηση ΣΒ και SBP. Πιθανά η νεότερη αγωγή με αναστολείς ιντεγκράσης να έχει καλύτερη επίδραση ως προς τη βελτίωση της μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου συγκρινόμενη με την παλαιότερη αγωγή με αναστολείς πρωτεάσης.

ΠΑ020 | Μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης και κίνδυνος για καρδιαγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Δεδομένα ζετούς παρακολούθησης των ασθενών της μελέτης ACS-BP
Κ. Κωνσταντίνου¹, Α. Αποστολός¹, Α. Κουμέλλη¹, Κ. Παππέλης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Α. Σακαλλίδης¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Κ. Καλογεράς², Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/σκοπός: Η επίδραση της μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης (ΜΑΠ) στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα έχει εξεταστεί υπό το πρίσμα της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ), αλλά όχι στην οξεία φάση ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ ενδονοσοκομειακής βραχυπρόθεσμης ΜΑΠ και μακροπρόθεσμων καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με ΟΕΜ. **Υλικό και μέθοδοι:** Συνολικά μελετήθηκαν 444 ασθενείς (67,3% άνδρες, μέση ηλικία: 63,4 έτη, 48,1% STEMI) που υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας για ΟΕΜ. Η ΜΑΠ εξήχθη μέσω του Standard deviation (SD) της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής (ΔΑΠ) ΑΠ. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε 4 τεταρτημόρια με βάση τον SD και παρακολούθηθηκαν για διάστημα 3 ετών προκειμένου να εκτιμηθούν τα μείζονα καταληκτικά σημεία της μελέτης που ορίστηκαν: καρδιαγγειακός θάνατος, νέο Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ), επέμβαση επαναϊμάτωσης, νοσηλεία για ΚΑ, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ/ΤΙΑ) και η εμφάνιση δυνητικά θανατηφόρας αρρυθμίας (VT/VF). **Αποτελέσματα:** Η μέση SD της ΣΑΠ ήταν 4,12mmHg στο χαμηλότερο τεταρτημόριο και 17,4mmHg στο υψηλότερο. Από τους 444 ασθενείς, 151 (34,1%) είχαν καρδιαγγειακό επεισόδιο, ενώ η κατανομή των συμβαμάτων ήταν :16 θάνατοι, 38 νέα ΟΣΣ, 61 επεμβάσεις επαναϊμάτωσης, 60 νοσηλείες για ΚΑ, 23 αρρυθμιο-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

λογικά συμβάματα και 8 AEE (υπήρχε αλληλοεπικάλυψη συμβαμάτων μεταξύ των 151 ασθενών). Συγκριτικά με τους ασθενείς με χαμηλότερη ΜΑΠ-ΣΑΠ, εκείνοι στο υψηλότερο τεταρτημόριο είχαν αυξημένο κίνδυνο για το σύνθετο καταληκτικό (HR 2,61, 95% CI 1,37-3,02, P<0,001). Ο κίνδυνος για ΟΣΣ (HR 2.99, 95% CI 1.77-4.01; P< 0.001) και ΚΑ (HR 2,81, 95% CI 1,67-3,99, P< 0,001) ήταν αυξημένος καθώς και ο κίνδυνος για AEE (HR 1,8, 95% CI 1,12-2,65, P< 0,04). Για την αξιολόγηση του θανάτου, αναλύσαμε τη ΜΑΠ ως συνεχή μεταβλητή. Υπήρχε σημαντικά αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακού θανάτου (HR 1,33, 95% CI 1,01-1,47, P=0,005), που ισοδυναμεί με αύξηση 6% του κινδύνου για κάθε αύξηση 5mmHg της SD-ΣΑΠ. Δεν αποδείχθηκε συσχέτιση της ΜΑΠ-ΔΑΠ με τα καταληκτικά σημεία. **Συμπεράσματα:** Στο πλαίσιο OEM, η ενδοοσκοπική ΜΑΠ συσχετίστηκε με την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα κατά τη διάρκεια ζετούς παρακολούθησης. Τα ευρήματα θα μπορούσαν να υποδηλώνουν την κλινική ανάγκη για περαιτέρω εξατομίκευση της ρύθμισης της ΑΠ και της συνολικής διαχείριση ασθενών με OEM.

16.00-17.00 Βασική έρευνα καρδιαγγειακού συστήματος

Πρόεδροι: **Γ. Γεωργόπουλος** (Αθήνα), **Γ. Λάζαρος** (Αθήνα)

ΠΑ021 | **Αμυλοειδές β1-40 και ευαλωτότητα της καρωτιδικής πλάκας. Μια προοπτική μελέτη κοόρτης**

Δ. Δελιαλης¹, Γ. Γεωργόπουλος¹, Λ. Αγγελιδάκης¹, Ε. Αϊβαλίωτη¹, Γ. Μευραγάνης¹, S.Tual-Chalot², Κ. Sorona², Δ. Μπαμπατσιάς¹, Ε. Μανέτα¹, Ρ. Πάτρας¹, Δ. Ελευθερίου³, Α. Ζαχαρούλης³, Χ. Κωνσταντάκη¹, Μ. Παπαϊωάννου¹, Κ. Στέλλος⁴, Κ. Σταματελόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Vascular Biology and Medicine Theme, University of Newcastle, UK

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ,

⁴ University of Heidelberg, Heidelberg, Germany

Υπόβαθρο: Το κυκλοφορούν αμυλοειδές-β 1-40 (Ab40) έχει προ-φλεγμονώδεις και προ-αθηρογόνες ιδιότητες και θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως βιοδείκτης στην αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ). **Σκοπός:** Να εξεταστεί η συσχέτιση των επιπέδων Ab40 με τα χαρακτηριστικά του τοιχώματος της καρωτίδας στο γενικό πληθυσμό. **Μέθοδοι:** Αναλύσαμε διαδοχικά προσληφθέντα άτομα χωρίς ΚΑΝ (n=342) από την Καρδιομεταβολική κοόρτη της Αθήνας. Η αθηροσκλήρωση των καρωτίδων αξιολογήθηκε με υπερηχογράφημα υψηλής ανάλυσης και με τη χρήση ειδικού λογισμικού ανάλυσης εικόνων (AMSv3.03). Το gray-scale median (GSM) του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα (IMT) και των αθηρωματικών πλακών (plaque) ήταν τα κύρια τελικά σημεία της μελέτης. Το χαμηλό GSM σχετίζεται με περισσότερο ευάλωτη αθηρωματική πλάκα. Οι αγγειακοί δείκτες αξιολογήθηκαν σε δύο χρονικές στιγμές (διάμεση τιμή 35,5 μηνών από την αρχική τιμή). Τα επίπεδα του Ab40 στο πλάσμα μετρήθηκαν κατά την έναρξη της παρακολούθησης. **Αποτελέσματα:** Το Ab40 συσχετίστηκε με χαμηλότερο IMT-GSM

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

και plaque-GSM (OR=1.50 ανά 1-SD αύξηση 95% CI:1.12/2.08, $p=0.011$ για το IMT-GSM and OR=1.80 ανά 1-SD 95% CI:1.04/2.99, $p=0.031$ για το plaque-GSM) και υψηλότερη συνολική και μέγιστη επιφάνεια πλάκας μετά από προσαρμογή για τους κλασικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (TRFs) (OR=2.00 ανά 1-SD 95% CI:1.16/3.45, $P=0.006$, OR=2.24 ανά 1-SD 95% CI:1.25/3.97, $P=0.012$, για τη συνολική και τη μέγιστη επιφάνεια της πλάκας, αντίστοιχα). Το Ab40 συσχετίστηκε επίσης με μείωση/σταθερά χαμηλού IMT-GSM και plaque-GSM (OR=1.45 ανά 1-SD 95% CI:1.04/2.08, $p=0.009$ για IMT-GSM και OR=1.55 ανά 1-SD 95% CI:1.12/2.16, $p=0.016$, για plaque-GSM) και με αύξηση/σταθερά αυξημένο εμβαδό της πλάκας μετά από προσαρμογή για τους TRFs (OR=2.09 ανά 1-SD 95% CI:1.08/3.32, $p=0.01$, OR=10.64 ανά 1-SD 95% CI:1.003/119.47, $p=0.03$ για τη μεταβολή της μέγιστης και της συνολικής επιφάνειας της πλάκας, αντίστοιχα). Οι συσχετίσεις αυτές παρέμειναν σημαντικές μετά από προσαρμογή για την C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και το εμβαδό της πλάκας (για το GSM). **Συμπέρασμα:** Σε ασθενείς χωρίς κλινικά εμφανή ΚΑΝ, τα υψηλά επίπεδα Ab40 στην κυκλοφορία συνδέονται με χαμηλή GSM, έναν τεκμηριωμένο υπερηχογραφικό δείκτη ευαλωτότητας της καρωτιδικής πλάκας, ανεξάρτητα από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου, τη συστηματική φλεγμονή και την έκταση του αθηρωματικού φορτίου. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν προηγούμενα αποτελέσματα από προκλινικές και κλινικές μελέτες που συνδέουν το Ab40 με την ασταθή αθηρωματική πλάκα και μείζονα δυσμενή καρδιαγγειακά συμβάντα, αντίστοιχα.

ΠΑ022 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Α. Σακαλίδης¹, Κ. Δημητριάδης², Ε. Δρη², Α.Ε. Καρανικόλα², Μ. Μπόρα³, Ε. Μαντζουράνης², Π. Ηλιάκης², Π.Κ. Βλαχάκης², Ι. Νταλακούρας², Ε. Μπενέκης², Σ. Δρογκάρης², Ν. Αργυρίου², Ε. Σιάφης², Μ. Κουρεμέτη², Π. Θεοφίλης², Ι. Λεοντσίνης², Κ. Τσιούφης²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ και 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός Τα υπάρχοντα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η δυσλειτουργία της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας (coronary microvascular dysfunction - CMD) αποτελεί κύριο παθοφυσιολογικό μηχανισμό σε ασθενείς με χρόνια στηθάγχη και ισχαιμία χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο (ischemia with non-obstructive coronary arteries - INOCA). Στη βιβλιογραφία υπάρχουν ελλιπή δεδομένα σχετικά με την ύπαρξη πιθανώς γενικευμένης μικροαγγειοπάθειας στον παραπάνω πληθυσμό. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσουμε εάν οι ασθενείς με INOCA συγκρινόμενοι με ασθενείς με χρόνια στηθάγχη χωρίς CMD χαρακτηρίζονται από διαφορετικό επίπεδο μικροαγγειοπάθειας στα τριχοειδή του

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

δέρματος. **Υλικό και μέθοδος** Παρουσιάζονται προκαταρκτικά αποτελέσματα της πολυ-κεντρικής, προοπτικής μελέτης παρατήρησης του κέντρου μας, με την συμμετοχή ασθενών με χρόνια στηθάγχη χωρίς επικαρδιακή στεφανιαία νόσο, επεμβατικά τεκμηριωμένη. Πραγματοποιήθηκε λειτουργική εκτίμηση της στεφανιαίας κυκλοφορίας, με τον προσδιορισμό δεικτών φυσιολογίας της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας: η στεφανιαία εφεδρεία ροής λειτουργική (CFR) και ο δείκτης μικροαγγειακής αντίστασης (IMR), οι οποίοι προσδιορίστηκαν, επεμβατικά, χρησιμοποιώντας οδηγό σύρμα με αισθητήρες θερμοκρασίας/πίεσης στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD). Οι ασθενείς με CMD και απουσία επικαρδιακής νόσου (στένωση<0% ή FFR>0,80) ταξινομήθηκαν σε 2 υπο-ομάδες: τον δομικό και λειτουργικό ενδότη CMD (τιμές CFR <2,5 και IMR>25, ορίστηκαν ως μη φυσιολογικές σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα). Επιπροσθέτως, η εκτίμηση της τριχοειδικής λειτουργίας του δέρματος πραγματοποιήθηκε με την βιντεο-τριχοειδοσκόπηση σε όλους τους ασθενείς, μια μη επεμβατική τεχνική που διενεργείται με τη βοήθεια στερεομικροσκοπίου με αποτέλεσμα τη δισδιάστατη απεικόνιση του τριχοειδικού δικτύου της κοίτης των ονύχων των άνω άκρων. Τα τριχοειδή αγγεία απεικονίστηκαν στο δέρμα των άνω φαλάγγων της ραχιαίας περιοχής του τρίτου και τέταρτου δακτύλου του δεξιού άνω άκρου με την χρήση ψηφιακής βιντεοκάμερας. **Αποτελέσματα** Συνολικά έχουν συμπεριληφθεί 44 ασθενείς με χρόνια στηθάγχη μέχρι στιγμής στην καταγραφή. Σε όλους τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε λειτουργική στεφανιαία αγγειογραφία. 18 συμμετέχοντες δεν εμφάνισαν CMD - ομάδα ελέγχου [9 γυναίκες, 50%, μέση ηλικία: 54,4±8,1 έτη] και 26 ασθενείς με ευρήματα συμβατά με INOCA - ομάδα με CMD (22 γυναίκες, 84,6%, μέση ηλικία: 53,2±10,7 έτη). Στην ομάδα με CMD, ο μέσος όρος CFR και IMR ήταν αντίστοιχα 1,34±0,6 και 44,8±28. Από το σύνολο των 26 ασθενών με CMD, με μη φυσιολογική τιμή CFR, 8 από αυτούς (31%) εμφάνισαν φυσιολογικές τιμές IMR (IMR>25), καταδεικνύοντας λειτουργική CMD, ενώ 18 ασθενείς (69%) εμφάνισαν παθολογικές τιμές IMR (IMR>25), αποτελώντας τον δομικό εν-

δότη CMD. Η πυκνότητα των τριχοειδών στους ασθενείς με CMD ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη συγκριτικά με την αντίστοιχη της CMD ομάδας (9,1 vs 11,1 τριχοειδών/mm, p=0.046). Η διαφορά της πυκνότητας των τριχοειδών ανάμεσα στις δύο ομάδες ήταν στατιστικά σημαντική μετά διόρθωση για συγχυτικούς παράγοντες (p<0.05). Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το δείκτη μάζας σώμα-



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Clinical characteristics of CMD patients		
	Mean or N	SD / %
Age	61,5	(±10.1)
Female	19	68%
BMI, kg/m ²	30,2	(±6.9)
Smoker	12	43%
Hypertension	15	54%
Previous stroke or TIA	4	14%
Diabetes mellitus	6	21%
Dyslipidemia	21	75%
EHx CAD	12	43%
Prev. angiogram	20	71%
Augmentation index (%)	35.4	(±10.8)

τος, τη νεφρική λειτουργία, το ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, σακχαρώδους διαβήτη και καπνίσματος μεταξύ των δύο ομάδων ($p=NS$). **Συμπεράσματα** Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που εξετάζει τις διαφορές στην τριχοειδική πυκνότητα με τη μέθοδο της βιντεο-τριχοειδοσκόπησης στην κοίτη του όνυχος σε ασθενείς με τεκμηριωμένη επεμβατικά INOCA και μάρτυρες χωρίς CMD. Οι ασθενείς με CMD σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου χαρακτηρίζονται από ελαττωμένη τριχοειδική πυκνότητα στην κοίτη ονύχων των άνω άκρων. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της διαταραχής της μικροκυκλοφορίας σε επίπεδο στεφανιαίου δικτύου και περιφερικών αγγείων. Το εύρημα αυτό αποτελεί ένδειξη ότι η στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία και η ισχαιμία χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο σε ασθενείς με χρόνια στηθάγχη σχετίζεται με περαιτέρω δομική και λειτουργική μικροαγγειακή βλάβη σε επίπεδα εκτός του στεφανιαίου δικτύου.

ΠΑ023 | Ανάλυση του microRNA προφίλ σε περιστεφανιαίο λιπώδη ιστό διαβητικών ασθενών με σημαντική στεφανιαία νόσο
Ε. Καμπανιέρης¹, Ι. Κονταράκη¹, Π. Καλογεράκος¹, Θ. Καραγκούνης¹, Α. Αλιφραγκή¹, Α. Πλευριτάκη¹, Σ. Ζερβάκης¹, Σ. Μαραγκουδάκης¹, Κ. Φραγκιαδάκης¹, Ε. Σάββα¹, Ε. Ζάχαρης¹, Ε. Μπουρδάκης¹, Ε. Κλάδου¹, Θ. Πατερομιχελάκης¹, Σ. Κασσωτάκης¹, Ο. Μαληκίδης¹, Ι. Φραγκιαδουλάκης¹, Ε. Σιδεράς¹, Μ. Μαρκέτου¹, Γ. Κοχιαδάκης¹, Γ. Λαζόπουλος¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
 ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Ο περιστεφανιαίος λιπώδης ιστός ρυθμίζει την αρτηριακή ομοιόσταση, δρώντας με παρακρινή τρόπο, και έχει ρόλο στη παθογένεση της αθηροσκλήρωσης. Ο περιστεφανιαίος λιπώδης ιστός ίσως αποτελεί πηγή microRNAs (miRs) που στοχεύουν άλλους ιστούς και δρουν ως αγγελιοφόροι για ενδοκυτταρική επικοινωνία. Σκοπός: Να διερευνηθεί εάν ο περιστεφανιαίος λιπώδης ιστός που περιβάλλει αθηρωσκληρωτικές αποφρακτικές βλάβες σε στεφανιαία αγγεία παρουσιάζει διαφορές στην έκφραση των miRs σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 συγκριτικά με μη διαβητικούς ασθενείς. **Μέθοδοι:** Συμπεριλάβαμε 46 ασθενείς (32 άνδρες, ηλικίας 66 ± 12 έτη) με στεφανιαία νόσο τριών αγγείων που υπε-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

βλήθησαν σε εκλεκτική αορτοστεφανιαία παράκαμψη με και χωρίς διαβήτη τύπου 2. Δείγματα περιστεφανιαίου λιπώδους ιστού συλλέχθηκαν από όλους τους ασθενείς. Τα επίπεδα έκφρασης miR-133a, miR-21, miR-26b, miR-9 and miR-143 από κύτταρα περιστεφανιαίου λιπώδους ιστού ποσοτικοποιήθηκαν με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης αντίστροφης μεταγραφής σε πραγματικό χρόνο. **Αποτελέσματα:** Σαράντα-δύο ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 (17 άνδρες, 67 ± 12 ετών) και είκοσι-δύο μη διαβητικοί ασθενείς (15 άνδρες, 62 ± 15 ετών) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η ανάλυση του περιστεφανιαίου λιπώδους ιστού έδειξε σημαντική προς τα πάνω ρύθμιση των επιπέδων miR-21 σε διαβητικούς συγκριτικά με μη διαβητικούς (184 ± 79 έναντι 21 ± 15 , $p = 0.04$). Στους διαβητικούς ασθενείς επίσης ανευρέθη σημαντική αύξηση της έκφρασης των miR-26b και miR-143 σε δείγματα περιστεφανιαίου λιπώδους ιστού συγκριτικά με μη διαβητικούς (36 ± 27 έναντι 16 ± 13 , $p = 0.02$, 97 ± 52 έναντι 16 ± 23 , $p = 0.01$). Παρατηρήθηκαν μη σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο πλευρών στην έκφραση των miR-133a και miR-9 στον περιστεφανιαίο λιπώδη ιστό (71 ± 12 έναντι 130 ± 143 , 52 ± 44 έναντι 34 ± 33 , αντίστοιχα, $p = NS$ και για τις δύο). **Συμπεράσματα:** Η έκφραση των miRs στο περιστεφανιαίο λιπώδη ιστό από ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και σημαντική στεφανιαία νόσο έδειξε ένα ξεχωριστό προφίλ έκφρασης των miRs. Η μελέτη μας ανοίγει νέες οπτικές στο παθοφυσιολογικό ρόλο του περιστεφανιαίου λιπώδους ιστού στις αθηροσκληρωτικές επιπλοκές του διαβήτη και πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω.

ΠΑ024 | Σταδιοποίηση κινδύνου θνητότητας σε ενήλικες χωρίς προλακτίνωμα βάσει των επιπέδων προλακτίνης ορού: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

A. R. Leite¹, Δ. Μωυσίδης², Α. Παπάζογλου², Β. Αναστασίου², Σ. Δάιος², Α. Ζιάκας², Γ. Γιαννακούλας²

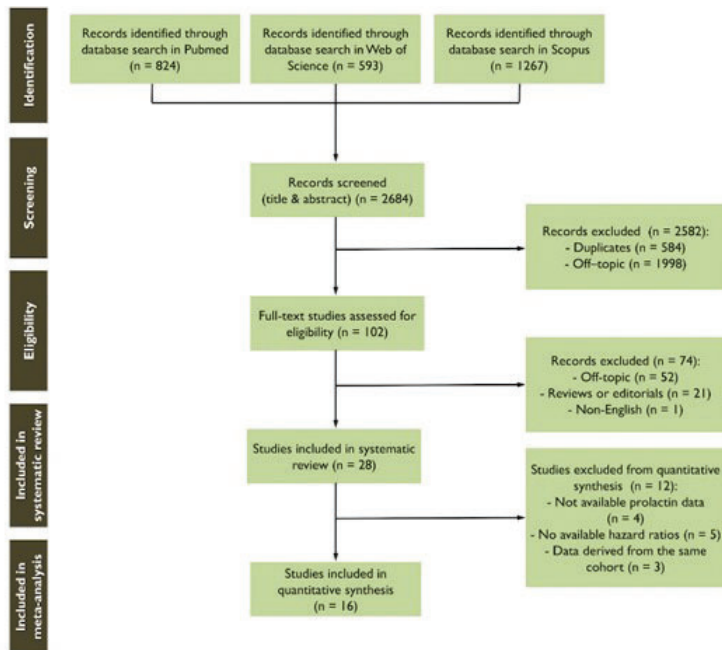
¹ Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolism, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal,

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

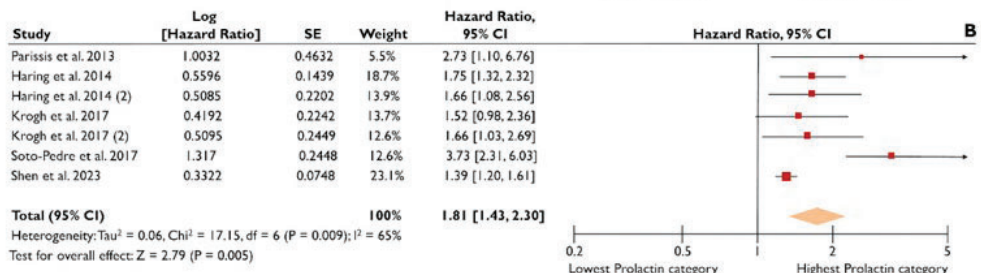
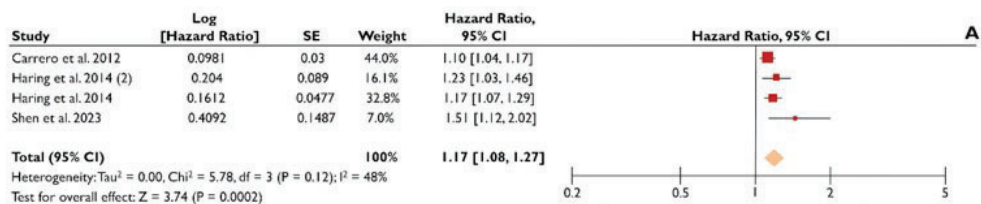
Εισαγωγή/Σκοπός: Η προλακτίνη συντίθεται και απεκκρίνεται από τα λακτοτρόφα κύτταρα της πρόσθιας υπόφυσης, ωστόσο η ενεργοποίησή της σε διάφορους εξω-υποφυσιακούς ιστούς την καθιστούν μια πολυδιάστατη ορμόνη με ποικίλες λειτουργίες. Ο μεταβολικός της ρόλος μελετάται εκτενώς και σε νορμοπρολακτιναϊμικούς πληθυσμούς. Προσφάτως, δεδομένα παρατήρησης ανακλύπτουν σχετικά με τον προγνωστικό ρόλο της προλακτίνης για την πρόβλεψη της καρδιαγγειακής και ολικής θνητότητας σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αξιολογήσουμε συστηματικώς και να συνθέσουμε τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με τον προγνωστικό ρόλο της προλακτίνης σε πληθυσμούς ενηλίκων χωρίς προλακτίνωμα. **Υλικό και Μέθοδος:** Μια εκτενής βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Web of Science έως την 10η Ιουνίου 2023 με σκοπό την εύρεση μελετών σχετικών με την αξία μέτρησης της προλακτίνης ορού για την πρόβλεψη κλινικών συμβαμάτων σε ενήλικες χωρίς προλακτίνωμα. Όπου κατέστη δυνατό, πραγματοποιήσαμε μετα-ανάλυση για να ποσοτικοποιήσουμε τους

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



προσαρμοσμένους λόγους κινδύνου {adjusted hazard ratios [(a)HRs]} για τον κίνδυνο ολικής ή καρδιαγγειακής θνητότητας κατά τη διάρκεια της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης. Επίσης, ποσοτικοποιήσαμε την διαφορά μέσω των τιμών προλακτίνης ορού ανάλογα με το αν επέζησαν ή πέθαναν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής τους παραμονής. **Αποτελέσματα:** 28 μελέτες κρίθηκαν επιλέξιμες για την συστηματική μας ανασκόπηση καθώς



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

μέτρησαν τα επίπεδα προλακτίνης ορού για την σταδιοποίηση κινδύνου ενηλίκων πληθυσμών χωρίς προλακτίνωμα. Από αυτές, 16 μελέτες χρησιμοποιήθηκαν για την μετα-ανάλυση (σύνολο πληθυσμού=25.348). Κάθε μονάδα αύξησης της προλακτίνης ορού συσχετίστηκε με 17% αυξημένο κίνδυνο ολικής θνητότητας (aHR=1.17 [1.08-1.27]; I²=48%) και 54% αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής θνητότητας (aHR=1.54 [1.14-2.09]; I²=89%). Κατά την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε αυτούς που ανήκαν στην υψηλότερη κατηγορία τιμών προλακτίνης συγκριτικά με αυτούς που ανήκαν στην χαμηλότερη κατηγορία τιμών προλακτίνης ανά πληθυσμό, φάνηκε πως αυτοί με τις υψηλότερες τιμές είχαν 80% αυξημένο κίνδυνο ολικής θνητότητας (aHR=1.81 [1.43-2.30]; I²=65%) και 60% αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής θνητότητας (aHR=1.59 [1.04-2.42]; I²=82%) συγκριτικά με αυτούς με τις χαμηλότερες τιμές προλακτίνης. Τέλος, δεν φάνηκε κάποια σημαντική συσχέτιση των τιμών προλακτίνης με την ενδοσσοκομειακή θνητότητα. **Συμπεράσματα:** Η προλακτίνη ορού φαίνεται πως συσχετίζεται ανεξάρτητα με την θνητότητα διαφόρων πληθυσμών χωρίς προλακτίνωμα. Αναμένονται προοπτικές μελέτες ώστε να διαλευκάνουν την χρησιμότητα της ως βιοδείκτη σταδιοποίησης κινδύνου.

ΠΑ025 | Βελτίωση της λιπώδους διηθήσεως και της ενδοθηλιακής, αγγειακής και μυοκαρδιακής λειτουργίας μετά από εξάμηνη χορήγηση συνενζύμου Q10 σε ασθενείς με μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος

**E. Βρέντζος¹, Γ. Παυλίδης², Κ. Κατωγιάννης², Ε. Κόρακας³,
Α. Κουντούρης³, Λ. Πλιούτα³, Ε. Μιχαλοπούλου², Γ. Κωστέλλη²,
Α. Πελεκάνου¹, Λ. Λαναράς⁴, Μ. Μπρισιτιάνου⁴, Δ. Μπούμπας¹,
Β. Λαμπαδιάρη³, Ι. Οικονομίδης²**

¹ Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

² Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

³ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

⁴ Παθολογική κλινική, Γ.Ν. Λαμίας

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μη αλκοολική λιπώδη νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των επιδράσεων του συνενζύμου Q10 (cQ10) στη λιπώδη διήθηση του ήπατος και στην ενδοθηλιακή, αγγειακή και μυοκαρδιακή λειτουργία ασθενών με ΜΑΛΝΗ. **Υλικό-Μέθοδοι:** Πενήντα δύο ασθενείς με ΜΑΛΝΗ (μέση ηλικία: 52±10 έτη) τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν 240mg cQ10 (n=25) ή εικονικό φάρμακο (placebo, n=27). Σε όλα τα άτομα στην έναρξη της αγωγής και στους 6 μήνες μετρήθηκαν: α) το Perfused boundary region (PBR) των υπογλώσσων αγγείων (δείκτης του πάχους του γλυκοκάλυκα) με την τεχνική Sideview Darkfield imaging (Microscan, Glycocheck), β)

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV-Complior, ALAM) γ) η ενδοθηλιοεξαρτώμενη αγγειοδιαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (FMD), δ) η συνολική επιμήκη παραμόρφωση (GLS) του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας με την τεχνική speckle tracking και ε) η παράμετρος ελεγχόμενης απόσβεσης (CAP) για την ποσοτικοποίηση του ηπατικού λίπους και η ηπατική σκληρία (E) με τη χρήση ελαστογραφίας ήπατος (Fibroscan, Echosens). **Αποτελέσματα:** Έξι μήνες μετά την έναρξη της αγωγής, οι ασθενείς που έλαβαν cQ10 εμφάνισαν μειωμένες τιμές PBR ($2,12 \pm 0,19$ έναντι $2,28 \pm 0,23$ μm), PWV ($9,5 \pm 2,3$ έναντι $10,5 \pm 2,4$ m/s), CAP score ($278,1 \pm 50,2$ έναντι $305,3 \pm 44,5$ dB/m) καθώς και αυξημένες τιμές FMD ($6,61 \pm 4$ έναντι $5,02 \pm 2,6$ %) και GLS ($-19,3 \pm 1,9$ έναντι $-18,2 \pm 2$ %), ($p < 0,05$ για όλες τις συγκρίσεις). Αντιθέτως, οι ασθενείς που έλαβαν placebo δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους παραπάνω δείκτες μετά από 6 μήνες ($p > 0,05$). Στους ασθενείς που έλαβαν cQ10, η εκατοστιαία ελάττωση του CAP score στους 6 μήνες ήταν ευθέως ανάλογη με την εκατοστιαία ελάττωση της PWV ($r = 0,31$, $p = 0,045$) και αντιστρόφως ανάλογη με την εκατοστιαία αύξηση της FMD ($r = -0,58$, $p = 0,014$). **Συμπεράσματα:** Η εξάμηνη χορήγηση cQ10 οδηγεί σε βελτίωση της λιπώδους διηθήσεως του ήπατος, η οποία συνδέεται με ανάλογη βελτίωση της ενδοθηλιακής, αγγειακής και μυοκαρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με ΜΑΛΝΗ

ΠΑ026 | Ενδοθηλιακός γλυκοκάλυκας σε ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια, με ή χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια

A. Φρογουδάκη¹, K. Σταμούλης¹, I. Παρίσσης¹, Γ. Φιλιππάτος¹, I. Οικονομίδης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Ο ενδοθηλιακός γλυκοκάλυκας καλύπτει την ενδοθηλιακή επιφάνεια των αγγείων και συνδέεται με τις ενδοθηλιακές ιδιότητες και τη λειτουργία τους. Έτσι, είναι εδραιωμένος στην εκτίμηση της ενδοθηλιακής λειτουργίας. Δεν έχει μελετηθεί σε ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια (ACHD). **Σκοπός:** Η μελέτη του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα σε ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια, με ή χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). **Μεθοδολογία:** Σε 40 ασθενείς (μέση ηλικία: 38 ± 12 έτη) με ACHD (16 με τετραλογία Fallot, εκ των οποίων 10 με ΚΑ όπως ορίζεται με $\text{NYHA} > \text{I}$ ή $\text{NTproBNP} > 125$ pg/ml , ή αγωγή για ΚΑ; 13 ασθενείς με συστηματική δεξιά κοιλία, εκ των οποίων 11 με ΚΑ και 11 ασθενείς με συγγενή απόφραξη χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας, 5 εκ των οποίων με ΚΑ) και 39 άτομα ελέγχου με παρόμοια ηλικία, φύλο και συνήθειες καπνίσματος, υπολογίστηκε το perfused boundary region (PBR) των μικρών υπογλώσσων αγγείων με διάμετρο 5-25 μm χρησιμοποιώντας Sidestream Dark Field κάμερα (Microscan, Glycocheck). Αυξημένη τιμή PBR υποδηλώνει διαταραχή του γλυκοκάλυκα. **Αποτελέσματα:** Συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, όλοι οι ασθενείς με ACHD είχαν υψηλότερο PBR 5-25 ($2,08 \pm 0,3$ έναντι $1,97 \pm 0,17$ μm , $p = 0,048$). Οι ασθενείς με ACHD με ΚΑ είχαν τάση για υψηλότερες τιμές PBR 5-25 συγκριτικά με ασθενείς με ACHD χωρίς ΚΑ, ωστόσο δεν ανεδείχθη στατιστικά σημαντική διαφορά ($2,12 \pm 0,28$ έναντι $2,01 \pm 0,33$ μm , $p = 0,322$). Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι ασθενείς με ACHD με ΚΑ είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές PBR 5-25 ($2,11 \pm 2,8$ έναντι $1,97 \pm 1,7$ μm , $p = 0,011$). Αντίθετα, ασθενείς με ACHD χωρίς ΚΑ είχαν παρόμοιες

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

τιμές PBR με την ομάδα ελέγχου (2.01 ± 0.33 έναντι $1.97 \pm 0.17 \mu\text{m}$, $p=0.516$). **Συμπεράσματα:** Ο ενδοθηλιακός γλυκοκάλυκας είναι επηρεασμένος σε όλους τους ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια και ιδιαίτερα σε ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια και καρδιακή ανεπάρκεια. Χρειάζεται περαιτέρω μελέτη για τον καθορισμό αν ο ενδοθηλιακός γλυκοκάλυκας θα μπορούσε να είναι θεραπευτικός στόχος σε αυτή την κατηγορία νεαρών ασθενών.

ΠΑ027 | Κολπική μαρμαρυγή στο ΤΕΠ- Συσχέτιση κλινικών χαρακτηριστικών, τιμών τροπονίνης και αιμοδυναμικών παραμέτρων

Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Γ. Αλετράς¹, Θ. Γεωργοπούλου¹, Σ. Κουκιάς¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Ε. Χόντα¹, Ε. Παπαϊοαννίου¹, Μ. Στρατινάκη¹, Ε. Λαμπρογιάννη¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί συχνά εμφανιζόμενη υπερκοιλιακή αρρυθμία. Κύριος στόχος στην αντιμετώπισή της είναι η επίτευξη ανάταξης της σε φλεβοκομβικό ρυθμό, για μείωση της συχνότητας των επιπλοκών που ενέχει. Ωστόσο προϋποθέσεις όπως η διάρκεια έναρξης των συμπτωμάτων ή η υποκείμενη καρδιοπάθεια αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την επίτευξη της ανάταξης. Η παρούσα μελέτη είχε στόχο να προσδιορίσει τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που παρουσιάζουν παροξυσμικό ή πρώτο επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής και να τα συσχετίσει με τις τιμές τροπονίνης και τις αιμοδυναμικές παραμέτρους. **Υλικό και μέθοδοι** Η μελέτη συμπεριέλαβε 101 ασθενείς (ηλικίας 31-91 ετών) που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου στο διάστημα Μάρτιος 2022 με Ιούνιος 2023. Πρόκειται για αναδρομική μελέτη στην οποία έγινε καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών, υποκείμενων νοσημάτων, κλινικής εικόνας, είδος επεισοδίου (πρώτο επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής ή παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή), διάρκειας συμπτωμάτων, θυρεοειδικής δυσλειτουργίας, τιμών κρεατινίνης και τροπονίνης, καθώς και η επίτευξη καρδιομετατροπής. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα SPSS και τους συντελεστές συσχέτισης του Spearman (Spearman's rho). **Αποτελέσματα** Από τους 101 ασθενείς, εκ των οποίων 60 γυναίκες και 41 άνδρες, με μέση τιμή ηλικίας $70.45 (M = 70.45, SD = 15.189, \text{εύρος} = 26-97)$. Τα αποτελέσματα από την ανάλυση των λοιπών χαρακτηριστικών των ασθενών αφορούν το ύψος ($M = 166.24, SD = 9.413, \text{εύρος} = 150-192$), τη συστολική αρτηριακή πίεση ($M = 135.03, SD = 19.955, \text{εύρος} = 98-180$) και τη διαστολική αρτηριακή πίεση ($M = 77.8854, SD = 15.68711, \text{εύρος} = 0.92-110.00$), την καρδιακή συχνότητα ($M = 120.383, SD = 29.4360, \text{εύρος} = 67.0-200.0$) και το δείκτη μάζας σώματος (BMI) ($M = 28.702, SD = 5.9520, \text{εύρος} = 16.3-52.4$). Από τα ευρήματα του υπερήχου η μέση τιμή κλάσματος εξωθήσεως (EF) ήταν $M = 53.35 (SD = 8.293, \text{εύρος} = 30-65)$, ενώ η κίνηση των μυοκαρδιακών ενζύμων αποκάλυψε μέση τιμή πρώτης μέτρησης τροπονίνης $M = 612.40 (SD = 4612.940, \text{εύρος} = 0-45177)$ και δεύτερης $M = 1345.43 (SD = 7496.325, \text{εύρος} = 0-45050)$. Το 59.6% από το σύνολο των ασθενών εμφάνιζε παροξυσμική και το 40.4% πρώτο επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής. Η διάρκεια της κολπικής μαρμαρυγής κυμαινόταν από 0.5

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

έως 96 ώρες ή ήταν άγνωστος ο χρόνος έναρξης, με την πλειοψηφία των ασθενών να εμφανίζονται με αναφερόμενη έναρξη συμπτωμάτων μικρότερη από 48 ώρες. Διαταραχές του ΗΚΓ δεν διαπιστώθηκαν σε μεγάλο ποσοστό, με την παρουσία κατάσπασης του ST διαστήματος να παρουσιάζεται στο 5.9% και την αναστροφή των κυμάτων T, σε ποσοστό 3%. Το 70.3% των ασθενών είχαν φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία, το 6.9% είχαν υποθυρεοειδισμό και το 4% υπερθυρεοειδισμό. Η πλειοψηφία των ασθενών (66.3%) παρουσίασε αίσθημα παλμών, και ακολούθως θωρακικό άλγος (13.9%). Από τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα υπήρξε σημαντικά θετική συσχέτιση της διάρκειας της κολπικής μαρμαρυγής με τα επίπεδα της δεύτερης τιμής τροπονίνης ($r = 0.863$, $p < 0.01$). Ακόμη σημαντική αρνητική συσχέτιση εμφάνισε η διάρκεια της αρρυθμίας με την αρτηριακή πίεση ($r = -0.335$, $p \text{ value} < 0.01$), υποδηλώνοντας ότι αυξημένος χρόνος εμφάνισης συμπτωμάτων και κολπικής μαρμαρυγής πριν από την προσπάθεια ανάταξης προκαλούσε μειωμένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης στους ασθενείς. Επιπλέον, το GFR εμφάνισε αρνητική συσχέτιση με την τροπονίνη ($r = -0.534$, $p < 0.01$), με τους ασθενείς με σοβαρότερη νεφρική βλάβη να παρουσιάζουν αυξημένες τιμές. Η διάρκεια της κολπικής μαρμαρυγής συσχετίστηκε θετικά με την ηλικία ($r = 0.242$, $p \text{ value} < 0.05$) και αρνητικά με την καρδιακή συχνότητα ($r = -0.269$, $p \text{ value} < 0.05$). Σημαντικά αποτελέσματα ακόμη αποτέλεσαν η αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με το EF ($r = -0.270$, $p < 0.05$), σημειώνοντας ότι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας παρουσίαζαν μειωμένο EF. Επίσης, το EF συσχετίστηκε αρνητικά με τον όγκο του αριστερού κόλπου ($r = -0.288$, $p < 0.05$). **Συμπεράσματα** Από την ανωτέρω μονοκεντρική, αναδρομική μελέτη εξάγεται στατιστικά σημαντική αναλογική συσχέτιση της διάρκειας της κολπικής μαρμαρυγής με την αύξηση των τιμών τροπονίνης και με τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, σημειώνοντας επίδραση τόσο στο μυοκάρδιο όσο και στις αιμοδυναμικές παραμέτρους. Παρατηρείται ακόμη μείωση των τιμών του GFR όσο αυξάνεται η διάρκεια της κολπικής μαρμαρυγής. Δευτερευόντως, αλλά στατιστικά σημαντική είναι η συσχέτιση της διάρκειας της κολπικής μαρμαρυγής με την καρδιακή συχνότητα, υποδηλώνοντας επιπλέον επίδραση στην αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς.

ΠΑ028 | **Ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με καρκίνο**

Β. Καλογερά¹, Γ. Μπενέτος², Λ. Νικολοπούλου², Ε. Σολωμού², Α. Βάκκα², Μ. Δρακοπούλου², Κ. Τσιούφης², Κ. Τούτουζας²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Επιπλέον μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου, ενώ η καρδιαγγειακή νόσος είναι η κύρια αιτία θανάτου σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου. Ωστόσο, παρά τις συνεχείς εξελίξεις στον τομέα της καρδιογκολογίας, οι κύριοι προγνωστικοί παράγοντες των μείζονων ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών επιπλοκών παραμένουν ασαφείς. Σκοπός της παρούσας μονοκεντρικής μελέτης είναι η διερεύνηση των ανωτέρω προγνωστι-

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

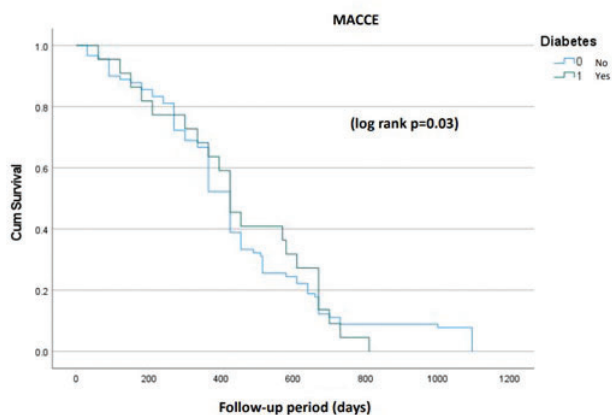
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά μελετώμενου πληθυσμού

	n=115
Κλινικά στοιχεία	
Μέση ηλικία, έτη (SD)	62 (13,8)
Γυναίκες, n (%)	60 (52,2)
Αρτηριακή υπέρταση, n (%)	50 (43,5)
Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	24 (20,9)
Δυσλιπιδαιμία, n (%)	51 (44,3)
Κάπνισμα, n (%)	38 (33)
Θετικό οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, n (%)	10 (8,7)
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%)	2 (1,7)
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, n (%)	3 (2,6)
Στεφανιαία νόσος, n (%)	16 (13,9)
Προηγούμενα οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, n (%)	7 (6,1)
Αορτοστεφανιαία παράκμηση, n (%)	4 (3,5)
Κλάσμα εμβύθισης αριστερής κοιλίας (LVEF) < 40%, n (%)	5 (4,3)
Στενώματα με κακοήθεια στοιχεία	
Αιματολογικές κακοήθειες, n (%)	13 (11,3)
Καρκίνος μαστού, (%)	31 (27)
Καρκίνος παχέος εντέρου, n (%)	17 (14,8)
Καρκίνος παγκρέατος, n (%)	9 (7,8)
Χειρουργική επέμβαση, n (%)	67 (58,2)
Χημειοθεραπεία, n (%)	94 (81,7)
Ακτινοθεραπεία, n (%)	25 (21,7)

έλαβαν συνολικά 94 ασθενείς (81,7%). Η μέση διάρκεια του follow-up ήταν 446 ημέρες (πίνακας 1). Κατά τη διάρκεια της περιόδου follow-up, 32 (27,8%) μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα συνέβησαν. Συνολικά 21 ασθενείς απεβίωσαν, εκ των οποίων 2 βίωσαν καρδιακό θάνατο. Από τους υπόλοιπους, 6 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, 2 λόγω εμφράγματος μυοκαρδίου, 3 λόγω πνευμονικής εμβολής και 1 ασθενής λόγω αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Σύμφωνα με το μοντέλο της πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης, ο σακχαρώδης διαβήτης ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων, μετά από προσαρμογή καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και δείκτη μάζας σώματος (OR=3.37, 95% CI 1.14-9.99). Στην καμπύλη Kaplan-Meier οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη παρουσίασαν μεγαλύτερη επίπτωση μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (log

κών παραγόντων. **Υλικό και μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 115 ασθενείς με ιστορικό καρκίνου που παρακολουθούνται στο εξωτερικό καρδιολογικό ιατρείο τεταρτοβάθμιου νοσοκομείου. Η παρακολούθηση των ασθενών (follow-up) πραγματοποιήθηκε είτε μέσω νέας επίσκεψης στο ιατρείο, είτε τηλεφωνικά. **Αποτελέσματα:** Από τους 115 ασθενείς, οι 60 (52,2%) ήταν γυναίκες και η πλειοψηφία του πληθυσμού μελέτης έπασχε από καρκίνο μαστού (27%). Χημειοθεραπεία



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

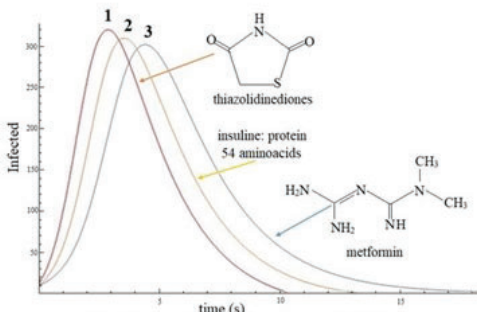
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

rank $p=0.03$). **Συμπεράσματα:** Στην παρούσα μονοκεντρική μελέτη ο σακχαρώδης διαβήτης παρουσιάζεται ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν την αξία των καρδιο-ογκολογικών μονάδων στην αυστηρή διαχείριση των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, που συμβάλλει στην καλύτερη πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο.

ΠΑ029 | Ανάπτυξη μαθηματικού μοντέλου προσομοίωσης του καρδιο-προστατευτικού ρόλου της μετφορμίνης έναντι του Covid-19
I. Αναστασοπούλου¹, Β. Μαμαρέλη¹, Μ. Φιλιππάκης¹, I. Μαμαρέλης¹, X. Μαμαρέλη¹, Θ. Θεοφανίδης¹, Ε. Μυλωνάς¹

¹ 401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Μετα-ανάλυση έδειξε ότι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν πιο επιρρεπείς στην λοίμωξη Covid-19. Παρ' όλα αυτά διαπιστώθηκε ότι καρδιαγγειακοί τύπου II διαβητικοί ασθενείς που ρύθμιζαν το σάκχαρο με μετφορμίνη είχαν καλύτερη πρόβλεψη ως προς την ασθένεια. **Στόχος:** Η ανάπτυξη μαθηματικού μοντέλου προσομοίωσης πρόβλεψης της θεραπευτικής πορείας διαβητικών τύπου II ασθενών για άριστη επιλογή φαρμακευτικής αγωγής έναντι του Covid-19 των ασθενών. **Υλικό-Μέθοδος:** Στο μαθηματικό μοντέλο χρησιμοποιήθηκαν 500 ασθενείς, όπως καταγράφηκαν από τον ΕΟΔΥ. Συγκρίθηκαν τα φάρμακα, insulin, metformin και thiazolidinediones. Καταγράφηκαν τα FT-IR φάσματα 35 στεφανιαίων αρτηριών ασθενών που υποβλήθηκαν σε στεφανιαία ενδαρτηρεκτομή στη διάρκεια αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) και καταχωρήθηκαν με βάση την αντιδιαβητική αγωγή. **Αποτελέσματα:** Τα FT-IR φάσματα έδειξαν ότι η μείωση των γλυκοζυλιωμένων προϊόντων (AGEs, Advanced Gly-



Σχήμα 1. Μαθηματικό μοντέλο προσομοίωσης της πρόβλεψης της αντιδιαβητικής αγωγής στην προσβολή και ίαση από την λοίμωξη του Covid-19. Από τις καμπύλες φαίνεται ότι η metformin προσφέρει μεγαλύτερη προστασία των καρδιαγγειακών και διαβητικών ασθενών έναντι της λοίμωξης και ακολουθεί η insulin και τέλος οι thiazolidinediones. Οι NH ομάδες που φέρει η metformin προσκολλούνται άμεσα στον τό, ενώ ο διπλός δεσμός N=C και οι μεθυλομάδες CH₃ δεσμεύουν τις ελεύθερες ρίζες, OH παρεμποδίζοντας την παραγωγή AGEs, σε συμφωνία με τα FT-IR φάσματα.

cation End products) ήταν συνάρτηση της φαρμακευτικής αγωγής, σε συμφωνία με τις καμπύλες του μαθηματικού μοντέλου προσομοίωσης (Σχήμα 1). Οι καμπύλες δείχνουν ότι ασθενείς με αγωγή metformin είχαν την καλύτερη επιβίωση έναντι των ινσουλινοεξαρτώμενων και των ασθενών που χρησιμοποίησαν thiazolidinediones. Τα αποτελέσματα ενισχύονται από τα βιβλιογραφικά δεδομένα. **Συμπεράσματα:** Τα AGEs αυξάνουν τον αριθμό των ελεύθερων -OH και -NH τερματικών ομάδων και ευνοούν την πρόσδεση της ακίδας του COVID-19. Η metformin αντιδρά τόσο δεσμεύοντας άμεσα την ακίδα, όσο και τις ελεύθερες ρίζες που προκαλούν το οξειδωτικό στρες που οδηγεί σε φλεγμονή. Αντίθετα, οι thiazolidinediones δρουν στο κυτόχρωμα P450, που ευνοούν την μεταφορά ηλεκτρονίων.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

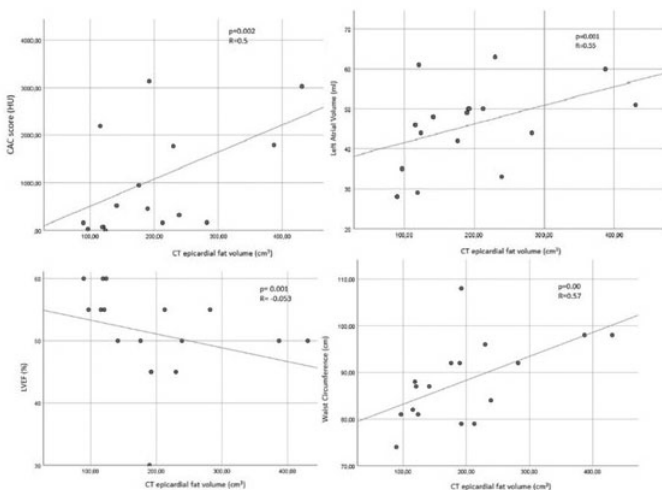
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ030 | Συσχέτιση του επικαρδιακού λίπους με υπερηχογραφικούς δείκτες και calcium score σε ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσο
Δ. Τασούλας¹, Α. Παπασπυρόπουλος¹, Μ. Σμαρδά¹, Ε. Γκίκα¹,
Θ. Λάμπρου¹, Ε. Διαμαντάκης¹, Ν. Νάκας¹, Ε. Δήμος¹, Κ. Τouxαντζίδου¹,
Ν. Βλαντ¹, Σ. Ψυχάρη¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ
 Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η περιφερική αρτηριακή νόσος μοιράζεται κοινό παθοφυσιολογικό υπόβαθρο με την αθηροσκληρυντική στεφανιαία νόσο. Η φλεγμονή έχει κεντρικό ρόλο στην αρτηριακή νόσο του ανθρώπινου σώματος. Το επικαρδιακό λίπος είναι ένας έκτοπος λιπώδης ιστός με φλεγμονώδεις και προφλεγμονώδεις ιδιότητες και αναδυόμενο ρόλο βιοδείκτη στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σκοπός της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ του όγκου του επικαρδιακού λίπους και 1) της παρουσίας φορτίου αβασεσίτου στα στεφανιαία αγγεία και 2) των υπερηχογραφικών δεικτών της καρδιακής λειτουργίας και των διαστάσεων των καρδιακών κοιλοτήτων, σε ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσο. **Υλικό και μέθοδος:** Προοπτική μελέτη 34 ασθενών με γνωστό ιστορικό περιφερικής αρτηριακής νόσου (προηγούμενη παρέμβαση ή παθολογικό σφυροβραχιόνιο δείκτη). Πραγματοποιήθηκε κλινική και εργαστηριακή αξιολόγηση των ασθενών για τον προσδιορισμό παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο όγκος του επικαρδιακού λίπους μετρήθηκε με αξονική τομογραφία εφαρμόζοντας ειδικό πρωτόκολλο για τον προσδιορισμό του. Επιπλέον μέσω της αξονικής τομογραφίας προσδιορίστηκε και το coronary calcium score. **Αποτελέσματα:** Ο όγκος του επικαρδιακού λίπους δεν συσχετίστηκε με την ηλικία, το φύλο και την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και στεφανιαίας νόσου. Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση

μεταξύ του όγκου του επικαρδιακού λίπους και του calcium score (CT), της περιφέρειας μέσης και του όγκου του ΑΡ κόλπου. Αρνητική συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ του επικαρδιακού λίπους και του κλάσματος εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας. **Συμπέρασμα:** Σε ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια ο όγκος του επικαρδιακού λίπους πιθανώς να χρησιμεύει ως επιπλέον δείκτης αθηροσκληρυνσης, καρδιακής συστολικής απόδοσης και μορφολογίας του αριστερού κόλπου.



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ031 | **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΦΕΔΡΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Μ. Μπόρα¹, Α. Σακαλίδης³, Κ. Δημητριάδης⁴, Ζ. Αλεξάκου¹, Δ. Κουρνιώτης¹, Α. Χαλκιά¹, Γ. Αγγελής¹, Ε. Σταμπολίου¹, Ε. Μαντζουράνης⁴, Ι. Νταλακούρας⁵, Κ. Δαμιανάκη¹, Α. Καποτά¹, Π. Πάννου¹, Δ. Πετράς¹, Κ. Τσιούφης⁴

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ και 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός Τα υπάρχοντα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η δυσλειτουργία της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας (coronary microvascular dysfunction - CMD) αποτελεί κύριο παθοφυσιολογικό μηχανισμό σε ασθενείς με χρόνια στηθάγχη και ισχαιμία χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο (ischemia with non-obstructive coronary arteries - INOCA). Οι λειτουργικές νεφρικές εφεδρείες (Renal Functional Reserve - RFR) αποτελούν σύγχρονο πεδίο επιστημονικών συζητήσεων και ίσως αποτελούν πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο για την έγκαιρη ανίχνευση πιθανής υποκλινικής νεφρικής νόσου. Από τις μέχρι τώρα μελέτες φαίνεται ότι η χρόνια νεφρική νόσος (XNN) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (CVD), ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα για τη συσχέτιση της πρώιμης νεφρικής δυσλειτουργίας και της CVD είναι σχετικά πενιχρά και ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που δυνητικά μεσολαβεί σε αυτή τη συσχέτιση παραμένει ασαφής. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί ο δείκτης RFR σε ασθενείς με επεμβατικά τεκμηριωμένη INOCA και διατηρημένη νεφρική λειτουργία [eGFR \geq 60 ml/min/1.73m² (CKD-EPI) και λεύκωμα ούρων<0mg/24h]. **Υλικό και μέθοδος** Παρουσιάζονται προκαταρκτικά αποτελέσματα της πολυκεντρικής, προοπτικής μελέτης παρατήρησης του κέντρου μας, με την συμμετοχή ασθενών με χρόνια στηθάγχη χωρίς επικαρδιακή στεφανιαία νόσο, επεμβατικά τεκμηριωμένη και διατηρημένη νεφρική λειτουργία με εκτιμώμενο GFR \geq 60 ml/min/1.73m² και λευκωματουρία <0mg/24h. Σε όλους τους συμμετέχοντες προσδιορίστηκε η τιμή του δείκτη RFR με την ενδογενή κάθαρση κρεατινίνης και χρησιμοποιώντας μαγειρεμένο κρέας ως πρωτεϊνικό φορτίο (1.2gr/kg). Ως φυσιολογικές τιμές RFR

Clinical characteristics of CMD patients		
	Mean or N	SD / %
Age	61,5	(±10.1)
Female	19	68%
BMI, kg/m ²	30,2	(±6.9)
Smoker	12	43%
Hypertension	15	54%
Previous stroke or TIA	4	14%
Diabetes mellitus	6	21%
Dyslipidemia	21	75%
FHx CAD	12	43%
Prev. angiogram	20	71%
Augmentation index (%)	35.4	(±10.8)

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ορίστηκε RFR ≥ 30 ml/min. Επίσης, στο σύνολο των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε λειτουργική εκτίμηση της στεφανιαίας κυκλοφορίας, με τον προσδιορισμό δεικτών φυσιολογίας της στεφανιαίας κυκλοφορίας: η στεφανιαία εφεδρεία ροής (CFR) και ο δείκτης μικροαγγειακής αντίστασης (IMR), οι οποίοι προσδιορίστηκαν, επεμβατικά, χρησιμοποιώντας οδηγό σύρμα με αισθητήρες θερμοκρασίας/πίεσης στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD). Οι ασθενείς με CMD και απουσία επικαρδιακής νόσου (στένωση $< 0\%$ ή FFR $> 0,80$) ταξινομήθηκαν σε 2 υπο-ομάδες: τον δομικό και λειτουργικό ενδοτύπο CMD (τιμές CFR $< 2,5$ και $IMR \geq 25$, ορίστηκαν ως μη φυσιολογικές σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα). Τέλος, σε όλο τον πληθυσμό της μελέτης πραγματοποιήθηκε 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. **Αποτελέσματα** Συνολικά έχουν συμπεριληφθεί 22 ασθενείς με χρόνια στηθάγχη μέχρι στιγμής στην καταγραφή. Σε όλους τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε λειτουργική στεφανιαία αγγειογραφία. 10 συμμετέχοντες δεν εμφάνισαν CMD - ομάδα ελέγχου [6 γυναίκες, 60%, μέση ηλικία: $54,8 \pm 8,4$ έτη] και 12 ασθενείς με ευρήματα συμβατά με INOCA - ομάδα με CMD (9 γυναίκες, 75%, μέση ηλικία: $53,5 \pm 10,3$ έτη). Στην ομάδα με CMD, ο μέσος όρος CFR και IMR ήταν $1,34 \pm 0,6$ και $44,8 \pm 28$ αντίστοιχα. Από το σύνολο των 12 ασθενών με CMD, με μη φυσιολογική τιμή CFR, 4 από αυτούς (33,3%) εμφάνισαν φυσιολογικές τιμές IMR ($IMR < 25$), καταδεικνύοντας λειτουργική CMD, ενώ 8 ασθενείς (66,7%) εμφάνισαν παθολογικές τιμές IMR ($IMR > 25$), αποτελώντας τον δομικό ενδοτύπο CMD. Η τιμή του RFR για τη CMD ομάδα των ασθενών βρέθηκε $7,4 \pm 6,3$ ml/min/1.73m², ενώ για την ομάδα ελέγχου 36.3 ± 5.8 ml/min/1.73m² ($p < 0.005$). Συνεπώς, φαίνεται ότι όλοι οι ασθενείς της παρούσης μελέτης με επεμβατικά τεκμηριωμένη στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία εμφανίζουν παθολογικές νεφρικές λειτουργικές εφεδρείες, σχέση που παρέμεινε στατιστικά σημαντική ανάμεσα στις 2 ομάδες μετά από έλεγχο για συγχυτικούς παράγοντες ($p < 0,05$). Όσον αφορά του δύο ενδοτύπους CMD, φάνηκε ότι η τιμή του RFR για τους ασθενείς που κατατάχ-



θηκαν στο λειτουργικό ενδοτύπο ήταν $3, 5 \pm 2, 4$ ml/min/1.73m², ενώ για τους ασθενείς με δομικό ενδοτύπο $9, 3 \pm 6, 9$ ml/min/1.73m² (p -value = 0,061). Διαφάνεται η «τάση», χωρίς στατιστικά σημαντική συσχέτιση για επίπεδο σημαντικότητας ($\alpha = 0,05$), οι ασθενείς με λειτουργικό ενδοτύπο να

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

εμφανίζουν μικρότερη τιμή RFR συγκριτικά με αυτούς με δομικό ενδότυπο. Από τα δεδομένα της 24ωρης Περιπατητικής Παρακολούθησης Αρτηριακής Πίεσης, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην περιπατητική συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) και διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) μεταξύ των δύο ενδοτύπων ($p = 0,594$, $p = 0,243$), όπως επίσης δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση με τον δείκτη RFR ($p = 0,553$, $p = 0,594$). Ωστόσο, η αναλογία των non-dippers (τόσο για την ΣΑΠ όσο και για την ΔΑΠ) είναι σημαντικά υψηλότερη στον λειτουργικό ενδότυπο CMD με RFR < 0 mL/min/1,73 m² ($p < 0,05$), ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στην τιμή του RFR και στον non-dipping φαινότυπο, τόσο για τη ΣΑΠ όσο και για τη ΔΑΠ ($p = 0,561$, $p = 0,238$). **Συμπεράσματα** Όλοι οι ασθενείς της παρούσας μελέτης με επεμβατικά τεκμηριωμένη στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία, εμφανίζουν παθολογικές λειτουργικές νεφρικές εφεδρείες. Επιπλέον, οι ασθενείς με λειτουργική CMD εμφανίζουν πιο παθολογικές RFR συγκριτικά με αυτούς με δομική. Το RFR δεν φαίνεται σύμφωνα με τα έως τώρα δεδομένα να σχετίζεται με την αρτηριακή πίεση ούτε με το non-dipping πρότυπο. Δεδομένης της υπόθεσης ότι η εκτίμηση των νεφρικών λειτουργικών εφεδρειών αποτελεί πρώιμο διαγνωστικό δείκτη για ανίχνευση της προδιάθεσης απώλειας νεφρικής λειτουργίας, η έγκαιρη αναγνώριση ασθενών με συγκεκριμένους φαινοτύπους - όπως ασθενείς με INOCA και παθολογική τιμή RFR- θα μπορούσε να συμβάλει στην εξατομίκευση των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, η κατανόηση των πιθανών εμπλεκόμενων παθοφυσιολογικών μηχανισμών θα μπορούσε να αποδειχθεί στο μέλλον χρήσιμη για την καθοδήγηση πιο εξατομικευμένων θεραπειών.

ΠΑ032 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Α. Σακαλίδης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Μ. Μπορα², Ε. Δρη¹, Α. Ε. Καρανικόλα¹, Ε. Μαντζουρανής¹, Π. Ηλιάκης¹, Π. Βλαχακός¹, Α. Βορδώνη¹, Ε. Μπενεκής³, Γ. Κουτσοπουλος¹, Ι. Λεοντίνης¹, Κ. Αγγελή¹, Κ. Τσιουφής¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός Η στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία (coronary microvascular dysfunction - CMD), αποτελεί έναν από τους κυριότερους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς της ισχαιμίας χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο (ischemia with non-obstructive coronary arteries - INOCA), η οποία χαρακτηρίζει σημαντικό ποσοστό ασθενών με χρόνια στηθάγχη. Υπάρχουν ελλιπή επιστημονικά δεδομένα για το ρόλο της αρτηριακής σκλήρωσης (ΑΣ) και της δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ) στον παραπάνω πληθυσμό. Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσουμε εάν οι ασθενείς με INOCA συγκρινόμενοι με ασθενείς με χρόνια στηθάγχη χωρίς CMD χαρακτηρίζονται από διαφορετικά επίπεδα ΑΣ καθώς και διέγερσης του ΑΝΣ. **Υλικό και μέθοδος** Παρουσιάζονται προκαταρκτικά αποτελέ-

ΠΕΜΠΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

σματα της πολυκεντρικής, προοπτικής μελέτης παρατήρησης του κέντρου μας, με την συμμετοχή ασθενών με χρόνια στηθάγχη χωρίς επικαρδιακή στεφανιαία νόσο, επεμβατικά τεκμηριωμένη. Πραγματοποιήθηκε λειτουργική εκτίμηση της στεφανιαίας κυκλοφορίας, με τον προσδιορισμό δείκτην φυσιολογίας της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας: η στεφανιαία εφεδρεία ροής λειτουργική (CFR) και ο δείκτης μικροαγγειακής αντίστασης (IMR), οι οποίοι προσδιορίστηκαν, επεμβατικά, χρησιμοποιώντας οδηγό σύρμα με αισθητήρες θερμοκρασίας/πίεσης στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD). Οι ασθενείς με CMD και απουσία επικαρδιακής νόσου (στένωση<0% ή FFR>0,80) ταξινομήθηκαν σε 2 υπο-ομάδες: τον δομικό και λειτουργικό ενδότυπο CMD (τιμές CFR <2,5 και IMR≥25, ορίστηκαν ως μη φυσιολογικές σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα). Σε όλους τους συμμετέχοντες, η αρτηριακή σκληρία αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τον δείκτη ενίσχυσης (augmentation index - AIx), που υπολογίστηκε με τη χρήση τονομετρίας επιπέδωσης και τον προσδιορισμό της κυματομορφής του σφυγμικού κύματος πίεσης-ροής στην κερκιδική αρτηρία. Η δραστηριότητα και ο βαθμός διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος εκτιμήθηκε με τη μελέτη της μυϊκής συμπαθητικής νευρικής δραστηριότητας (MSNA), που πραγματοποιήθηκε με μικρονευρογραφία στο σύνολο των συμμετεχόντων. **Αποτελέσματα** 44 συμμετέχοντες έχουν εισαχθεί μέχρι στιγμής στην καταγραφή. Σε όλους τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε λειτουργική στεφανιαία αγγειογραφία. 18 συμμετέχοντες δεν εμφάνισαν CMD - ομάδα ελέγχου [9 γυναίκες, 50%, μέση ηλικία: 54,4±8,1 έτη] και 26 ασθενείς με ευρήματα συμβατά με INOCA - ομάδα με CMD (22 γυναίκες, 84,6%, μέση ηλικία: 53,2±10,7 έτη). Στην ομάδα με CMD, ο μέσος όρος CFR και IMR ήταν αντίστοιχα 1,34±0,6 και 44,8±28. Από το σύνολο των 26 ασθενών με CMD, με μη φυσιολογική τιμή CFR, 8 από αυτούς (31%) εμφάνισαν φυσιολογικές τιμές IMR (IMR>25), καταδεικνύοντας λειτουργική CMD, ενώ 18 ασθενείς (69%) εμφάνισαν παθολογικές τιμές IMR (IMR>25), αποτελώντας τον δομικό ενδότυπο CMD. Ο δείκτης AIx βρέθηκε αυξημένος στην CMD ομάδα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (34,9±10,8 έναντι 27,9±9,6%, p=0,031). Αυτή η διαφορά μεταξύ των 2

Clinical characteristics of CMD patients		
	Mean or N	SD / %
Age	61,5	(±10,1)
Female	19	68%
BMI, kg/m ²	30,2	(±6,9)
Smoker	12	43%
Hypertension	15	54%
Previous stroke or TIA	4	14%
Diabetes mellitus	6	21%
Dyslipidemia	21	75%
FHx CAD	12	43%
Prev angiogram	20	71%
Augmentation index (%)	35,4	(±10,8)



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ομάδων παρέμεινε στατιστικά σημαντική μετά από διόρθωση για συγχυτικούς παράγοντες ($p < 0.05$). Η συχνότητα ριπών της εκτίμησης της MSNA μετά από προσαρμογή για ηλικία, φύλο και e-GFR βρέθηκε $48,1 \pm 13$ ρίποι/λεπτό στην CMD ομάδα και $42,9 \pm 16$ ρίποι/λεπτό στην ομάδα ελέγχου ($p = 0,58$). Αν και δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική σχέση για επίπεδο σημαντικότητας ($\alpha = 0,05$), διαγράφεται από την ανάλυση των παρόντων δεδομένων η τάση ασθενείς με INOCA να χαρακτηρίζονται από αυξημένη τιμή MSNA σε σύγκριση με την αντίστοιχη τιμή της ομάδας ελέγχου. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το δείκτη μάζας σώματος, τη νεφρική λειτουργία, το ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, σακχαρώδους διαβήτη και καπνίσματος μεταξύ των δύο ομάδων ($p = NS$). **Συμπεράσματα** Οι ασθενείς με CMD σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου χαρακτηρίζονται από αυξημένα επίπεδα αρτηριακής σκληρίας μετά από διόρθωση για συγχυτικούς παράγοντες. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι πιθανώς υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της διαταραχής της μικροκυκλοφορίας σε επίπεδο στεφανιαίου δικτύου και δυσμενών μεταβολών που σχετίζονται με την ελαστικότητα των μεγαλύτερης διαμέτρου αγγείων. Επιπλέον, καταγράφεται μια τάση αυξημένης διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος σε ασθενείς με INOCA, ωστόσο απαιτούνται περισσότερα δεδομένα για τον ρόλο του ANS σε αυτή την ειδική ομάδα ασθενών.

17.00-18.00 Επείγουσα καρδιαγγειακή θεραπεία

Πρόεδροι: **A. Σταυράτη** (Θεσσαλονίκη), **N. Καμπουρίδης** (Καβάλα)

ΠΑ033 | ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΟΔΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

A. Πατραμάνη¹, Θ. Δερβίσογλου¹, Θ. Λιλλής¹, A. Ξανθόπουλος¹, I. Σκουλαρίγκης¹, M. Ματσάγκας¹, Γ. Γιαμούζης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η χρήση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων σήμερα είναι αρκετά συχνή στον γενικό πληθυσμό, καθώς συμβάλουν σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Ωστόσο, εγείρεται μεγάλος προβληματισμός στην εκτίμηση του κινδύνου θρομβοεμβολικών επεισοδίων και αιμορραγικών επιπλοκών κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων. Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες να μειωθεί η ανάγκη διακοπής της αντιθρομβωτικής αγωγής, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για επεμβάσεις χαμηλού αιμορραγικού κινδύνου, όπως είναι οι εξαγωγές δοντιών. **Σκοπός:** Η εκτίμηση και η αξιολόγηση αιμορραγικών επιπλοκών έπειτα από εξαγωγές δοντιών σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή, χωρίς να έχει προηγηθεί προσωρινή διακοπή της. **Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική κλινική μελέτη σε 579 ασθενείς που προσήλθαν στο Τμήμα Οδοντιατρικής ΑΠΘ για εξαγωγή δοντιών και ελάμβαναν αντιθρομβωτική αγωγή. Σε όλους τους ασθενείς οι εξαγωγές πραγματοποιήθηκαν με συμβατική μέθοδο και εφαρμογή αυξημένων τοπικών αιμοστατικών μέτρων, χωρίς προσωρινή περιεχειρητική διακοπή της αντιθρομβωτικής αγωγής. Τα αυξημένα αιμοστατικά μέτρα περιελάμβαναν τοποθέτηση αιμοστατικής γάζας οξειδωθείσας κυτταρίνης και συρραφή του τραύματος. **Αποτελέσματα:** Από τους συνολικά 579 ασθενείς,

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

οι 7 (1,22%) επανήλθαν με ήπιες αιμορραγικές επιπλοκές έπειτα από τη συνεδρία της εξαγωγής, ενώ οι υπόλοιποι δεν εμφάνισαν κάποια επιπλοκή. Από αυτούς, δύο λάμβαναν κλοπιδογρέλη, δύο ασενοκουμαρόλη, ένας ριβαροξαμπάνη/ασπιρίνη και ένας απιξαμπάνη. Οι ήπιες αιμορραγικές επιπλοκές που εμφανίστηκαν αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με επανάληψη των τοπικών αιμοστατικών μέτρων, χωρίς την εμφάνιση περαιτέρω σημαντικών κλινικών επιπλοκών. **Συμπεράσματα:** Οι εξαγωγές δοντιών σε ασθενείς που λαμβάνουν οποιοδήποτε είδος αντιθρομβωτικής αγωγής είναι ασφαλείς όταν εφαρμόζονται τοπικά αυξημένα αιμοστατικά μέσα. Οι ήπιες αιμορραγικές επιπλοκές δεν αποτελούν απειλή για τη ζωή του ασθενούς και μπορούν να αντιμετωπιστούν εύκολα και επαρκώς με ειδικά σχεδιασμένα πρωτόκολλα. Η διακοπή ή η τροποποίηση της αγωγής δεν είναι απαραίτητη για αυτού του είδους τις οδοντιατρικές επεμβάσεις και θα πρέπει να περιορίζεται.

ΠΑ034 | Πρώιμη αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Πώς θα μειωθούν οι εισαγωγές στο νοσοκομείο;

A. Διακαντώνης¹, X. Βέρρας², A. Μπουλταδάκης¹, I. Ρητά¹, K. Νταή¹, S. Μπεζάτη¹, M. Βέλλιου¹, X. Γεωργίου¹, I. Οικονομίδης¹, E. Πολυζωγοπούλου¹, I. Παρίσης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

^{Β'} ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Ε.Κ.Α.Β.

Εισαγωγή/σκοπός Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι μια συχνή αρρυθμία που συναντάται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) και μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Απαιτείται έλεγχος της καρδιακής συχνότητας ή αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού με θεραπευτικές στρατηγικές που περιλαμβάνουν φαρμακευτική παρέμβαση ή ηλεκτρική ανάταξη (ΗΑ). Τα κοινώς χρησιμοποιούμενα φάρμακα για την αποκατάσταση του ρυθμού είναι η αμιωδαρόνη, η προπαφαινόνη και η φλεκαϊνίδη. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της αποκατάστασης σε φλεβοκομβικό ρυθμό με χορήγηση ενδοφλέβιας φλεκαϊνίδης ή με ΗΑ. **Υλικό και μέθοδος** Αυτή η προοπτική, μονοκεντρική, συγχρονική μελέτη διεξήχθη στο ΤΕΠ ενός τριτοβάθμιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου, μεταξύ Δεκεμβρίου 2021 και Απριλίου 2023. Συμπεριλήφθηκαν 107 ασθενείς, > 65 ετών, που παρουσιάστηκαν στο ΤΕΠ λόγω αισθήματος παλμών, χωρίς απειλητικές για την ζωή καταστάσεις και ήταν αιμοδυναμικά σταθεροί. Η κολπική μαρμαρυγή ήταν προσφάτου έναρξης, διάρκειας μικρότερης των 48 ωρών ή υποτροπή γνωστής ΚΜ υπό αντιπηκτική θεραπεία. Ασθενείς με ιστορικό δομικής καρδιακής νόσου αποκλείστηκαν. Μόλις επιβεβαιώθηκε η ΚΜ στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, οι ασθενείς έλαβαν ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη (2 mg/kg σε 10 λεπτά) ή συγχρονισμένη ΗΑ (150-200 Joules). Στους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με ΗΑ χορηγήθηκε αναλγησία και καταστολή. Η επανεκτίμηση των ασθενών έγινε την 8η και την 30η ημέρα. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το SPSS Statistics 22. Τα κύρια αποτελέσματα της μελέτης ήταν το ποσοστό των ασθενών που αποκατέστησαν φλεβοκομβικό ρυθμό μετά την παρέμβαση καθώς και το ποσοστό υποτροπής κατά την περίοδο

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

παρακολούθησης. **Αποτελέσματα** Οι 63 (59%) από τους ασθενείς είχαν παροξυσμική ΚΜ και οι 44 (41%) είχαν πρόσφατα διαγνωσθείσα ΚΜ, εκ των οποίων οι 6 ασθενείς είχαν κολπικό πτερυγισμό. Φαρμακευτική καρδιοανάταξη χρησιμοποιήθηκε σε 34 (32%) ασθενείς και συγχρονισμένη ΗΑ σε 73 (68%) . Στους ασθενείς της ομάδας ΗΑ επιτεύχθηκε αποκατάσταση του καρδιακού ρυθμού σε φλεβόκομβο σε 54 (73,9%) ασθενείς. Οι 42 (77,8%) από αυτούς είχαν παρόξυνση γνωστής ΚΜ και 12 (22,2%) είχαν ΚΜ πρόσφατης έναρξης. Στην ομάδα της ΗΑ, στους ασθενείς που απέτυχαν να ανατάξουν σε φλεβοκομβικό ρυθμό, επιτεύχθηκε έλεγχος του καρδιακής συχνότητας. Επιτυχής καρδιοανάταξη σημειώθηκε σε 29 (85,3%) ασθενείς της ομάδας της φλεκαϊνίδης. Οι 15 (51,8%) από αυτούς είχαν παροξυσμική ΚΜ και 14 (48,2%) είχαν νέοδιαγνωσθείσα ΚΜ. Δεν καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες (απειλητική για τη ζωή κολιακή αρρυθμία ή θάνατος) και στους δύο τρόπους παρεμβάσεων. Όλοι οι ασθενείς παρέμειναν στο ΤΕΠ για έως και 4 ώρες και εξήλθαν με ασφάλεια από το ΤΕΠ. Στην πρώτη επανεκτίμηση την 8η ημέρα, 9 (10,8%) ασθενείς και των δύο ομάδων εμφάνισαν υποτροπή. Τέσσερις από αυτούς ήταν στην ομάδα της φλεκαϊνίδης. Στην επανεκτίμηση μετά από 30 ημέρες, δύο ακόμη ασθενείς από την ομάδα της ΗΑ εμφάνισαν υποτροπή. **Συμπεράσματα** Η πρόωγη αντιμετώπιση της ΚΜ στο ΤΕΠ μπορεί να μειώσει τα ποσοστά εισαγωγών στο νοσοκομείο και να βελτιώσει την κλινική έκβαση των ασθενών. Για τους επειγοντολόγους και τους ιατρούς που εργάζονται στο ΤΕΠ, η κοινή θεραπευτική στρατηγική επιλογής είναι η χρήση συγχρονισμένης ΗΑ, κυρίως σε αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς ή σε αυτούς με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά. Ωστόσο, σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς με ΚΜ και οι δύο θεραπευτικές επιλογές, η ΗΑ ή η φαρμακευτική παρέμβαση, φαίνεται να είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές για τη διαχείριση της ΚΜ κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ. Τα κύρια πλεονεκτήματα είναι η μείωση της διάρκειας παραμονής στο ΤΕΠ, η ικανοποίηση των ασθενών και η αποφυγή άσκοπων εισαγωγών στο νοσοκομείο.

ΠΑ035 | Η ελαχιστοποίηση του χρόνου απόκρισης του ΕΚΑΒ-2 στην προνοσοκομειακή ανακοπή με την ενεργοποίηση πληθώρας οχημάτων. Τελικά φτάνουμε γρήγορα;

Δ. Άλλιος¹, Ι. Δαλακάκης¹, Ε. Σύρμου¹, Σ. Χαριτίδου¹, Ο. Νικολαΐδου¹, Α. Θεοχάρη¹, Π. Παπαζαφειρίου¹, Κ. Ηλιάδης¹, Χ. Καραμπελίδου¹

¹ ΕΚΑΒ-2

Εισαγωγή Τα περιστατικά προνοσοκομειακής ανακοπής αποτελούν μια πραγματική πρόκληση για την υπηρεσία λόγω της ανάγκης άμεσης ανταπόκρισης, καθώς κάθε λεπτό που περνάει μειώνει δραματικά την πιθανότητα επιβίωσης του πάσχοντα. Το επιχειρησιακό κέντρο του ΕΚΑΒ αναπτύσσει πληθώρα μέσων στο σημείο που βρίσκεται ο ασθενής (δίκυκλα, οχήματα μικρού όγκου, ασθενοφόρα, κινητές ιατρικές μονάδες) με στόχο την ταχύτερη άφιξη εκπαιδευμένου προσωπικού και εξειδικευμένου εξοπλισμού και κατά συνέπεια την αύξηση της πιθανότητας επιτυχούς έκβασης αυτών των δύσκολων περιστατικών. **Υλικό & μέθοδος** Στην παρούσα μελέτη περιλαμβάνονται 100 τυχαία περιστατικά ανακοπής εντός του 2022. Δε μελετήθηκαν περιστατικά ατόμων που ανευρέθηκαν χωρίς σημεία ζωής ή αυτά όπου η ανακοπή

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

προέκυψε μετά την άφιξη των διασωστών. Απεναντίας μελετήθηκαν τα περιστατικά που αρχικά δεν καταγράφηκαν ως ανακοπή. Καταμετρήθηκε ο συνολικός μέσος χρόνος από την κλήση στο 166 μέχρι την άφιξη σταθμού του ΕΚΑΒ στο σημείο της ανακοπής ανεξάρτητα από το είδος του μέσου που κατέφτασε πρώτο. Επίσης στο χρονικό διάστημα 8:00-20:00 που υπάρχουν δίκυκλα και όχημα μικρού όγκου σε υπηρεσία καταμετρήθηκε το ποσοστό των περιστατικών στα οποία αυτά τα ειδικά μέσα έφτασαν πρώτα στον πάσχοντα και ο μέσος χρόνος άφιξης των ειδικών αυτών οχημάτων ανεξάρτητα. **Αποτελέσματα** Ο συνολικός μέσος όρος του χρόνου άφιξης του πρώτου σταθμού ήταν 12,2 λεπτά ενώ δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των 63 περιστατικών κατά την ημέρα και των 37 τη νύχτα όπως καταγράφηκαν. Την περίοδο της ημέρας ο Μ.Ο. χρόνου απόκρισης των δίκυκλων ήταν 9,6 λεπτά ενώ του οχήματος μικρού όγκου 16,8 λεπτά με το χρόνο μεταξύ διαβίβασης και άφιξης όμως αυτών των οχημάτων να είναι σημαντικά μικρότερος. Τέλος σε ποσοστό 57% έφτασε πρώτο συμβατικό ασθενοφόρο στον πάσχοντα, 22% η ΚΙΜ, 13% δίκυκλο και 8% το όχημα μικρού όγκου. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ποσοστό 26% ο αρχικός χαρακτηρισμός των περιστατικών δεν ήταν ανακοπή. **Συμπεράσματα** Παρά τους μικρούς χρόνους απόκρισης, απαιτείται περαιτέρω βελτίωση τόσο αυτών όσο και των πρωτοκόλλων αναγνώρισης ανακοπής με προσθήκη μέσων αλλά και σωστή εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να προσεγγίσουμε το διεθνή μέσο όρο σε κλήσεις 1ης προτεραιότητας.

ΠΑ036 | ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ S100B ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ ΕΠΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΜΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ

Μ. Καλογριδάκη¹, Γ. Λάτσιος², Ε. Καραμαγκιόλη³, Ε. Πικουλης⁴

¹ ΤΕΠ Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

² Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

³ ΠΜΣ «Παγκόσμια Υγεία-Ιατρική των Καταστροφών», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

⁴ Γ' Παν/κή Χειρουργική Κλινική ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ-Καθηγητής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η τραυματική καρδιακή ανακοπή (ΤΚΑ) έχει πολύ υψηλή θνησιμότητα και η συχνότητα τραυματικής εγκεφαλικής βλάβης (ΤΕΚ) σε ενήλικες και παιδιά είναι υψηλή. Η νευρολογική έκβαση σε επιζώντες από ΤΕΚ, από την άλλη πλευρά, έχει αποδειχθεί ότι είναι καλύτερη από μη τραυματικής αιτιολογίας καρδιακής ανακοπής. Η πρωτεΐνη S100B απελευθερώνεται μετά από ΤΕΚ και σύμφωνα με πολλές μελέτες έχει υψηλή ικανότητα πρόβλεψης της εγκεφαλικής βλάβης μετά από τραυματισμό. Είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της διεξαγωγής Αξονικής Τομογραφίας Εγκεφάλου σε περίπτωση ήπιας ΤΕΚ, για την πρόβλεψη της νευρολογικής έκβασης, για την ανεύρεση ανάπτυξης δευτερογενούς εγκεφαλικής βλάβης, για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και για τη διαπίστωση εγκεφαλικού θανάτου. **ΣΚΟΠΟΣ** Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αναλύσει το δυναμικό της πρωτεΐνης S100B ως παράγοντα μη επιβίωσης κατά τη διάρκεια αναζωογόνησης σε ασθενείς που βρίσκονται σε καρδιακή ανακοπή. Η απόφαση για διακοπή της αναζωογόνησης μπορεί να ληφθεί όταν είναι σαφές ότι η συνέχιση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης δεν θα είναι επιτυχής. Παρά-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

γοντες που επηρεάζουν την απόφαση αυτή, εκτός από το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και τη διάρκεια της αναζωογόνησης, είναι η συγκέντρωση του τελοεκπνευστικού CO₂ (<4 mmHg). Η πρωτεΐνη S100B θα μπορούσε επίσης να είναι ένα αξιόπιστος δείκτης κατά τη διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ο οποίος θα μπορούσε να ανιχνεύσει τη σοβαρή εγκεφαλική βλάβη με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στην πρόβλεψη των μη επιζώντων ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης, η οποία διενεργήθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γ.Ν.Α. ΚΑΤ. Μελετήθηκε η συσχέτιση της υψηλής τιμής της πρωτεΐνης S100B σε ασθενείς με ΤΕΚ που βρίσκονται σε καρδιακή ανακοπή με τη πρόγνωση των μη επιζώντων ασθενών. Τα θύματα που βρίσκονται σε καρδιακή ανακοπή με πολύ υψηλές τιμές πρωτεΐνης S100B, είχαν κακή πρόγνωση. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η χρήση πρωτεΐνης s100b στη διάρκεια αναζωογόνησης επί καρδιακής ανακοπής θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός παράγοντας μη επιβίωσης σε ασθενείς με τραυματική εγκεφαλική κάκωση.

ΠΑ037 | Η πιστοποιημένη εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ - BLS σχετίζεται με εμπιστοσύνη στον εμβολιασμό κατά της Covid19

Γ. Λάτσιος¹, Α. Συνετός¹, Μ. Λεοπούλου², Ε. Σταματοπούλου³, Χ. Παρίσης⁴, Π. Μπούνας⁵, Γ. Κοχιαδάκης⁶, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ 404 ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ - ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

⁶ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Στόχος: Η αξιολόγηση της στάσης απέναντι στον εμβολιασμό (γενικά και ειδικά απέναντι στην Covid19) σε μια σημαντική ομάδα ERC/EKE πιστοποιημένων παρόχων Βασικής Υποστήριξης Ζωής (BLS). Μέθοδοι: Πιστοποιημένοι στο BLS από την Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία (5.513 άτομα) κλήθηκαν να συμπληρώσουν ηλεκτρονική έρευνα (Ιούνιος 2021). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά τα πρώτα στάδια του παγκόσμιου εμβολιασμού κατά της Covid19 και σημαντικά πριν εισαχθούν οποιεσδήποτε υποχρεωτικές πολιτικές υγείας για τον εμβολιασμό κατά της Covid19. Αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι παρακολούθησαν τα πιστοποιημένα σεμινάρια BLS σε εθελοντική βάση. **Αποτελέσματα:** Η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι είχε εμβολιαστεί κατά της Covid19. Μεταξύ εκείνων που δεν είχαν εμβολιαστεί, η αμφιβολία για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου αναφέρθηκε ως το κύριο κίνητρο, ακολουθούμενη από τον φόβο πιθανών παρενεργειών. Η πλειοψηφία των ανταποκριθέντων είχε εμβολιάσει τα παιδιά τους σύμφωνα με το εθνικό ελληνικό πρόγραμμα εμβολιασμού και περισσότερο από τους μισούς είχαν επίσης εμβολιαστεί κατά της κοινής γρίπης. Όσον αφορά την εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα του εμβολίου Covid19, αυτή συσχετίζεται με προηγούμενη λοίμωξη Covid19, επάγγελμα που σχετίζεται με την υγεία, με στενό μέλος της οικογένειας ή φίλο με προηγούμενη

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

λοιμώξη Covid19. Ως πηγή ιατρικών πληροφοριών, εμπιστεύονται τον προσωπικό τους γιατρό και άλλους εξειδικευμένους επιστήμονες και πολύ λιγότερο τους κυβερνητικούς αξιωματούχους ή συγγενείς και φίλους. **Συμπέρασμα:** Οι Έλληνες πιστοποιημένοι (από την ΕΚΕ) πάροχοι BLS αναφέρουν μεγάλη εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού γενικά και ειδικότερα κατά της Covid19, ανεξάρτητα από τυχόν πολιτικές υποχρεωτικού εμβολιασμού. Αυτή η θετική στάση μπορεί να αποδοθεί στον γενικό τρόπο ζωής υπέρ του εθελοντισμού στη διάσωση ζωών, ή σε μια εγγενή εμπιστοσύνη στη σύγχρονη, τεκμηριωμένη ιατρική επιστήμη; βέβαια και οι δύο εν μέρει χαρακτηρίζουν επίσης την αρχική προθυμία τους να εκπαιδευτούν στην ΚΑΡΠΑ. Ως πηγή ιατρικών πληροφοριών, εκτιμούν βασικά τους ιατρικούς επιστήμονες, ένα εύρημα που θα βοήθησε να βοηθήσει σημαντικά τον προγραμματισμό σε μελλοντικές παγκόσμιες κρίσεις υγείας.

**ΠΑ038 | Ο ρόλος των συσκευών μηχανικών θωρακικών συμπίεσεων
προνοσοκομειακά και στα ΤΕΠ και η εμπειρία μας από τον ελληνικό
χώρο. Που υπάρχει πραγματικό όφελος;**

**Δ. Άλλιος¹, Ι. Δαλακάκης¹, Ε. Σύρμου¹, Σ. Χαριτίδου¹, Ο. Νικολαΐδου¹,
Γ. Λάτσιος², Κ. Ηλιάδης¹, Χ. Καραμπελίδου¹**

¹ ΕΚΑΒ-2

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Οι συσκευές μηχανικών θωρακικών συμπίεσεων αποτελούν μια σχετικά νέα προσθήκη στη διαχείριση των ασθενών με καρδιακή ανακοπή. Παρέχουν μεγάλη ακρίβεια στην εφαρμογή των συμπίεσεων τόσο στο ρυθμό όσο και στο βάθος και είναι ιδιαίτερα πρακτικές στη χρήση τους ιδιαίτερα στο προνοσοκομειακό χώρο αλλά και στα ΤΕΠ και στο αιμοδυναμικό εργαστήριο **Υλικό & μέθοδος** Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (review study) από το

PubMed με τις λέξεις κλειδιά που αναγράφονται στο τέλος της περίληψης και μελετήθηκαν τα άρθρα σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς των συσκευών μηχανικών θωρακικών συμπίεσεων ενώ επίσης αξιολογήθηκε η εμπειρία του ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης στη χρήση του LUCAS και του Autopulse. Επιπλέον αναφέρεται η εμπειρία ιατρών από ΤΕΠ και αιμοδυναμικά εργαστήρια σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη **Αποτελέσματα** Στο ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης μετά από δωρεά συμπολίτη μας το 2019, έχουμε δύο καινούργιες συσκευές LUCAS-3 οι οποίες έχουν τοποθετη-



ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

θεί στις Κινητές Ιατρικές Μονάδες που επιχειρούν συνεχώς και μια μεταχειρισμένη συσκευή LUCAS-2 που έχει τοποθετηθεί στο όχημα μικρού όγκου. Οι συσκευές αυτές έχουν αλλάξει την καθημερινή μας πρακτική στην αντιμετώπιση των περιστατικών ανακοπής καθώς προσφέ-



ρον αδιάλειπτες και ποιοτικές συμπίεσεις στον ασθενή, ενώ επιπλέον καθίσταται εφικτή η μετακίνηση και διακομιδή του υπό ΚΑΡΠΑ (κλιμακοστάσια, ύπαιθρος...) αλλά και εντός των οχημάτων, όπου πραγματοποιείται ΚΑΡΠΑ με το προσωπικό ασφαλισμένο στις θέσεις του στη καμπίνα του ασθενοφόρου ή των πτητικών μέσων, κάτι που δε θα ήταν εφικτό διαφορετικά. Επίσης τόσο στο ΕΚΑΒ όσο και στα ΤΕΠ απελευθερώνονται άτομα ώστε οι ιατροί και οι διασώστες να εκτελούν άλλες κρίσιμες ενέργειες όπως η διαχείριση του αεραγωγού και ο αερισμός, ο καθετηριασμός φλεβών και η χορήγηση φαρμάκων, ενώ ελαττώνεται σημαντικά και η σωματική καταπόνηση του προσωπικού.

Συμπεράσματα Τα ανωτέρω πλεονεκτήματα για τον προνοσοκομειακό χώρο και το αιμοδυναμικό εργαστήριο αναφέρονται και στη διεθνή βιβλιογραφία κατά την ανασκόπηση των άρθρων όπου και υπάρχει σύσταση για τη χρήση των συσκευών, ενώ αντίθετα η ωφέλεια αυτών τους αμφισβητείται για το χώρο των ΤΕΠ όπου υπάρχει πληθώρα προσωπικού και ελεγχόμενο περιβάλλον και πρέπει να γίνουν περαιτέρω μελέτες.

ΠΑ039 | Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή προ της χορήγησης Καγκρελόρης σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία συμβάματα στο Γ.Ν. Χατζηκώστα
**Ι. Γιωτοπούλου¹, Β. Τελάκη¹, Σ. Καρατασίτσα¹, Α. Κρόκος¹,
 Α. Κοσοβίτσα¹, Β. Δημητρούλα¹, Π. Καρανίκης¹, Ε. Παππά¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση ασθενών με οξεία στεφανιαία συμβάματα. Ο συνδυασμός ασπιρίνης με κάποιον ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων ενισχύει την αναστολή της συγκόλλησης των αιμοπεταλίων λόγω συνεργικής δράσης των δύο φαρμάκων. Το είδος του ανταγωνιστή εξαρτάται από την κλινική εικόνα του ασθενή, τον θρομβωτικό και αιμορραγικό του κίνδυνο και τον κίνδυνο θρομβωτικών επιπλοκών κατά την αγγειοπλαστική. Η Καγκρελόρη αποτελεί παρεντερικά χορηγούμενο ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων με ταχεία έναρξη δράσης. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Συγκεντρώθηκαν οι ασθενείς με οξεία στεφανιαία συμβάματα στους οποίους έγινε χρήση της καγκρελόρης στο Γ.Ν Χατζηκώστα κατά το έτος 2022-2023 και καταγράφηκε η αντιαιμοπεταλιακή στρατηγική

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

που ακολουθήθηκε. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από τους 36 ασθενείς με STEMI που έλαβαν καγκρελόρη οι 10 βρίσκονταν σε καρδιογενή καταπληξία με εικόνα σύμπλοκης στεφανιαίας νόσου αγγειογραφικά. Στην πλειοψηφία των ασθενών δεν είχε προηγηθεί φόρτιση με από του στόματος ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων, ένας εξ αυτών έλαβε ελλειπή φόρτιση με κλοπιδογρέλη και ένας βρίσκονταν υπό συστηματική αγωγή με κλοπιδογρέλη. Στους υπόλοιπους ασθενείς με STEMI στο 55% δεν είχε προηγηθεί φόρτιση με από του στόματος ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων, στο 18% είχε προηγηθεί φόρτιση με τικαγρελόρη και το 27% είχε λάβει ελλειπή φόρτιση με κλοπιδογρέλη, είχε υποστεί νέο οξύ στεφανιαίο επεισόδιο ενώ βρίσκονταν υπό αγωγή με κλοπιδογρέλη και 3 εξ αυτών είχαν λάβει πλήρη φόρτιση με κλοπιδογρέλη. Ως προς τους ασθενείς με NSTEMI οι 4 βρίσκονταν σε καρδιογενές shock. Οι 3 δεν είχαν λάβει φόρτιση με από του στόματος ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων, ενώ ο τέταρτος εμφάνιζε εικόνα οξείας θρόμβωσης του stent ενώ βρίσκονταν σε διπλή από του στόματος αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Οι υπόλοιποι 16 ασθενείς με NSTEMI στο 80% δεν είχαν λάβει από του στόματος ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων, οι υπόλοιποι είχαν λάβει ελλειπή φόρτιση με κλοπιδογρέλη και ένας ασθενής είχε υποστεί οξύ στεφανιαίο επεισόδιο ενώ βρίσκονταν σε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με κλοπιδογρέλη. Οι ασθενείς με ασταθή στηθάγχη που έλαβαν Καγκρελόρη κατά 88.9% είχαν λάβει φόρτιση μόνο με ασπιρίνη, το 7.4% είχαν επιδείνωση στεφανιαίας νόσου ενώ βρίσκονταν υπό αγωγή με κλοπιδογρέλη και το 3.7% έλαβε ελλειπή φόρτιση με κλοπιδογρέλη. Όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει πλήρη φόρτιση με ασπιρίνη προ της αγγειοπλαστικής. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η Καγκρελόρη χορηγήθηκε σε όλους τους ασθενείς υψηλού κινδύνου θρομβωτικών επιπλοκών με οξύ στεφανιαίο σύμπτωμα και σύμπλοκη νόσο που δεν είχε προηγηθεί φόρτιση με άλλον ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων ή είχε προηγηθεί ελλειπής φόρτιση. Τέθηκε σε ασθενείς με καρδιογενές shock ανεξαρτήτως προηγηθείσας λήψης άλλου ανταγωνιστή λόγω κινδύνου θρομβωτικών επιπλοκών και λόγω πιθανής πλημμελούς απορρόφησης των από του στόματος αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων. Χορηγήθηκε σε όλους τους ασθενείς που εμφάνισαν υποτροπή γνωστής στεφανιαίας νόσου με εκδηλώσεις οξέως συμβάματος παρότι βρίσκονταν σε αγωγή με ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων, καθώς αντιμετωπίστηκαν ως αντίσταση στον αντιαιμοπεταλιακό παράγοντα που λάμβαναν. Χορηγήθηκε σε ασθενείς που είχαν λάβει προηγουμένως φόρτιση με τικαγρελόρη, λόγω επεισοδίων εμέτου που επηρέασαν την απορρόφησή της.

ΠΑ040 | Επισκόπηση του πρώτου χρόνου χρήσης της Καγκρελόρης σε ασθενείς με οξέα στεφανιαία συμβάματα στο Γ.Ν. Χατζηκώστα

**Ι. Γιωτοπούλου¹, Β. Τελάκη¹, Σ. Καρατασίτσα¹, Α. Κρόκος¹,
Α. Κοσοβίτσας¹, Β. Δημητρούλα¹, Π. Καρανίκης¹, Ε. Παππά¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η Καγκρελόρη συγκεντρώνει πολλαπλά πλεονεκτήματα ως αντιαιμοπεταλιακό φάρμακο πρώτης γραμμής σε ασθενείς με οξέα στεφανιαία συμβάματα που

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική. Με την έναρξη της χρήσης της στην καθημερινή κλινική πράξη δίνεται η δυνατότητα αξιολόγησης του φαρμάκου σε μεγάλη γκάμα περιστατικών καθώς και η στενή παρακολούθηση των επιμέρους επιπλοκών από τη χρήση της.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ Προς αυτό το σκοπό καταγράφηκαν οι ασθενείς στους οποίους έγινε χρήση της καγκρελόρης στο Γ.Ν Χατζηκώστα κατά το έτος 2022-2023, επιμερίστηκαν σε κατηγορίες ανάλογα με την κλινική τους εικόνα και καταγράφηκαν οι επιπλοκές που εμφάνισαν. Από τους 441 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική κατά το έτος 2022-2023, στους 83 χορηγήθηκε Καγκρελόρη. Το 43.4% αφορούσε ασθενείς με STEMI, το 24.1% με NSTEMI και το 32.5% με ασταθή στηθάγχη. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από τους 36 ασθενείς με STEMI οι 10 βρίσκονταν σε καρδιογενή καταπληξία. Οι μισοί από αυτούς υπέστησαν ανακοπή και 7 εξ'αυτών διασωληνώθηκαν. Στο σύνολο τους εμφάνιζαν αγγειογραφικά σύμπλοκη στεφανιαία νόσο. Η επιλογή της Καγκρελόρης έγινε λόγω αναγκαιότητας ταχείας έναρξης δράσης του αντιαιμοπεταλιακού παράγοντα, υψηλού κινδύνου αγγειοπλαστικής (Το 60% υποβλήθηκε σε αγγειοπλαστική στέλεχος ή εγγύς πρόσθιου) καθώς και λόγω της καταπληξίας που λειτουργούσε ανασταλτικά στην απορρόφηση των από του στόματος αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων. Το 40% των ασθενών εμφάνισε σημαντική πτώση του αιματοκρίτη με ανάγκη μεταγγίσης. Ένας εκ των ασθενών στα πλαίσια αιματοουρίας, ένας λόγω διάχυτης γαστροπάθειας, ενώ στους υπόλοιπους ασθενείς δεν ανευρέθηκε εστία αιμορραγίας. Ως προς την τελική έκβαση των ασθενών το 40% απεβίωσε. Στους υπόλοιπους ασθενείς με STEMI το 11,5% εμφάνισε ήπιες αιμορραγικές εκδηλώσεις (Ένας ασθενής ρινορραγία, ένας αιματοουρία και ένας αιμάτωμα μηριαία στο σημείο παρακέντησης) που απέδραμαν χωρίς να προκαλέσουν αιμοδυναμική αστάθεια. Το σύνολο αυτών των ασθενών βρίσκονταν υπό αγωγή με DOAC. Ως προς τους ασθενείς με NSTEMI οι 4 βρίσκονταν σε καρδιογενές shock, ενώ ένας εξ αυτών υπέστη ανακοπή και διασωληνώθηκε. Αγγειογραφικά οι 3 εμφάνιζαν σύμπλοκη στεφανιαία νόσο και ο τέταρτος αυξημένο θρομβωτικό φορτίο. Υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική σε στέλεχος ή πρόσθιο κατιόντα. Κανείς από αυτούς δεν εμφάνισε σοβαρή επιπλοκή από τη λήψη της Καγκρελόρης. Ως προς την έκβαση ένας εξ αυτών απεβίωσε. Από τους υπόλοιπους ασθενείς με NSTEMI το 25% υποβλήθηκε σε αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα, το 31% στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία, το 19% σε στέλεχος/πρόσθιο, το 6% σε επιχειλίλο και το 6% σε διαγώνιο. Ένας εμφάνισε αιμάτωμα μηριαία στην περιοχή παρακέντησης, που αυτοπεριορίστηκε χωρίς την ανάγκη μεταγγίσης. Οι ασθενείς με ασταθή στηθάγχη που έλαβαν Καγκρελόρη κατά 48% υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα, κατά 30% στην δεξιά στεφανιαία, κατά 18.5% στην περιφερική και κατά 3.5% στο στέλεχος. Κανείς δεν εμφάνισε αξιόλογες επιπλοκές. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η καγκρελόρη αποτελεί αξιόπιστο αντιαιμοπεταλιακό παράγοντα με ταχεία έναρξη δράσης. Η παρεντερική χορήγησή του αποτελεί σημαντική εξέλιξη για ασθενείς στους οποίους η από του στόματος χορήγηση δεν είναι εφικτή και σε ασθενείς σε καρδιογενές shock. Επιπλοκές εμφάνισε το 10,8% των ασθενών με τη μορφή αιμορραγικών εκδηλώσεων. Το 4.8% μεταγγίστηκε, ενώ στους υπόλοιπους οι αιμορραγικές εκδηλώσεις αυτοπεριορίστηκαν.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ041 | **Περικαρδιοκέντηση που επιπλέκεται από Πνευμοπερικάρδιο**
**N. Κατσιίλλης¹, N. Πατσουράκος¹, Γ. Γαβριελάτος¹, Α. Δημόπουλος¹,
N. Παπακωνσταντίνου¹, Ε. Μπούσουλα¹, Η. Καστής¹, N. Καραμηνάς¹,
Κ. Νταλέκου¹, Μ. Καρακώστα¹, Α.Ε. Καλέση¹, N. Κάσινος¹,
Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς¹, Ε. Πισιμίσης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Το πνευμοπερικάρδιο μετά από περικαρδιοκέντηση, αποτελεί σπάνια επιπλοκή που πιθανώς προκαλείται από διαρροή αέρα στο σύστημα παροχέτευσης. **Υλικό και Μέθοδος** Γυναίκα ασθενής 70 ετών με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτώμενη επιδεινούμενη δύσπνοια από ημερών. Κατόπιν κλινικών και υπερηχοκαρδιογραφικών σημείων, εισήχθη στη ΜΕΠΚ για καρδιακό επιπωματισμό. Πραγματοποιήθηκε επείγουσα περικαρδιοκέντηση υπό υπερηχοκαρδιογραφική καθοδήγηση και παρατηρήθηκε άμεσα αιμοδυναμική και κλινική βελτίωση. Την ίδια ημέρα η ακτινογραφία θώρακος ήταν με κατά φύσιν ευρήματα. Ωστόσο νέα ακτινογραφία θώρακος 1η ημέρα μετά την περικαρδιοκέντηση, ανέδειξε εικόνα πνευμοπερικαρδίου. Κατόπιν θωρακοχειρουργικής εκτίμησης συνεστήθη συντηρητική αντιμετώπιση. Παρατηρήθηκε αποδρομή του πνευμοπερικαρδίου και της περικαρδιακής συλλογής. **Αποτελέσματα** Παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό πνευμοπερικαρδίου, που δεν αφορούσε την συνήθη συσχέτιση από άλλες διαρροές αέρα, πνευμοπερικαρδιακό συρίγγιο, τραύμα στο στήθος ή περικαρδίτιδα με οργανισμούς που σχηματίζουν αέρα. Ως αίτιο πιθανολογούμε πως προκλήθηκε από διαρροή αέρα στο σύστημα παροχέτευσης. **Συμπεράσματα** Το ιατρογενές πνευμοπερικάρδιο που προκαλείται από περικαρδιοκέντηση είναι πολύ σπάνιο. Ωστόσο, σε περίπτωση αιμοδυναμικής επιδείνωσης παρά την πλήρη εκκένωση μιας αιμοδυναμικά σημαντικής περικαρδιακής συλλογής, θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν στη διαφορική διάγνωση γιατί η άμεση αναγνώριση και θεραπεία είναι ζωτικής σημασίας.



ΠΑ042 | **Η επίδραση του ντελίριου στη διάρκεια νοσηλείας και την επιβίωση των ασθενών στη καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας**
Ε. Μαρινάκη¹, Α. Γκουντάρα¹, Π. Καλατζή²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΝΙΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ ΙΩ.& ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το ντελίριο, ή οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, αποτελεί διαταραχή της λειτουργίας του φλοιού του εγκεφάλου που προκαλεί διαταραχή της συνείδησης, της προσοχής, των γνωστικών λειτουργιών και της αντίληψης. Το ντελίριο είναι μια συχνή και σοβαρή επιπλοκή στους

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

νοσηλεύομενους ασθενείς με επιπολασμό που κυμαίνεται μεταξύ 5-44%, όμως λιγοστά είναι τα ερευνητικά δεδομένα που έχουν δημοσιευτεί και εστιάζουν στην εμφάνισή του σε ασθενείς καρδιολογικής μονάδας εντατικής θεραπείας (ΚΜΕΘ). **Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης του ντελίριου στη διάρκεια νοσηλείας και την επιβίωση των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΚΜΕΘ. **Υλικό και μέθοδος:** Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων ScienceDirect, PubMed και Wiley, για την εύρεση άρθρων σχετικών με την επίπτωση, τους παράγοντες κινδύνου, τη διάρκεια νοσηλείας, τη διαχείριση και την έκβαση του ντελίριου σε ασθενείς ΚΜΕΘ. Συμπεριλήφθηκαν μόνο ερευνητικές μελέτες οι οποίες ήταν δημοσιευμένες στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα. **Αποτελέσματα:** Συνολικά, 8 μελέτες, δημοσιευμένες κατά την τελευταία δεκαετία, κρίθηκαν κατάλληλες προς εισαγωγή στην ανασκόπηση. Αυξημένη σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ντελίριο βρέθηκε η διάρκεια νοσηλείας (ημέρες διάρκειας νοσηλείας σε ΚΜΕΘ: 9,1-9,3 έναντι 5,5-6,2) και τα ποσοστά θνησιμότητας (mortality rate 22,9%-27% έναντι 3-3,9%). Η επίπτωση του ντελίριου σε ασθενείς με νοσηλεία ≥ 24 ωρών σε ΚΜΕΘ, κυμάνθηκε μεταξύ 1,8%-24,4%. Ως παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση του συνδρόμου βρέθηκαν η ηλικία, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η καρδιακή ανεπάρκεια, η άνοια, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές ρυθμού, η χρήση βενζοδιαζεπίνων, η συννοσηρότητα, η τοποθέτηση προσωρινού τεχνητού βηματοδότη, η τοποθέτηση φλεβοκαθετήρων και ουροκαθετήρων, η σήψη, η υποξία και η εντερική και παρεντερική σίτιση. Όλες σχεδόν οι μελέτες (7 από τις 8) χρησιμοποίησαν την κλίμακα αξιολόγησης Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU) για την αναγνώριση του ντελίριου. **Συμπεράσματα:** Το περιβάλλον των ΚΜΕΘ αναπτύσσεται, λόγω της γήρασης, της νοσηρότητας και της πολυπλοκότητας των καρδιολογικών ασθενών, έτσι και η συχνότητα του ντελίριου θα αυξάνεται. Η έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, η χρήση κλίμακας αξιολόγησης, η διαχείριση των ασθενών όπως με την αποτελεσματικότητα και καρδιαγγειακή ασφάλεια της φαρμακευτικής αγωγής του ντελίριου, τον παρατεταμένο περιορισμό της κίνησης στο χώρο και τον ποιοτικό ύπνο είναι πτυχές που πρέπει να μελετηθούν με επίκεντρο της ΚΜΕΘ.

ΠΑ043 | **Αναδρομική μελέτη παρατήρησης ασθενών νοσηλεύομενων με οξύ αορτικό σύνδρομο στο ΓΝΘ Παπαγεωργίου κατά το 2022**

Κ. Στάμος¹, Ν. Τσαναξίδης¹, Ι. Στυλιάδης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Τα οξέα αορτικά σύνδρομα (<4 ημέρες) αποτελούν μια ομάδα απειλητικών για την ζωή διαταραχών της αορτής με κοινό παθοφυσιολογικό μηχανισμό: (ρήξη έσω-μέσου χιτώννα). Χωρίζονται σε: Διαχωρισμό της αορτής, ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα και αθηροσκληρωτικό έλκος. Προχωρήσαμε σε αναδρομική μελέτη παρατήρησης περιστατικών που νοσηλεύθηκαν το 2022 στο ΓΝΘ Παπαγεωργίου με οξύ αορτικό σύνδρομο. Η κατανόηση των χαρακτηριστικών και των αποτελεσμάτων αυτών των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για τη βέλτιστη διαχείριση αυτών των ασθενών. Σε αυτή τη μελέτη, αναλύουμε δεδομένα για να διερευνήσουμε τα δημογραφικά στοιχεία, τη διάρκεια νοσηλείας, τις χειρουργικές παρεμβάσεις και τα ποσοστά θνησιμότητας που σχετίζονται με οξύ αορτικό

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

σύνδρομο. **Υλικό/Μέθοδοι:** Συμπεριλάβαμε στην ανάλυση το σύνολο δεδομένων όπως φύλο, ηλικία, διάρκεια νοσηλείας, κωδικούς διάγνωσης (ICD10), χειρουργικές επεμβάσεις και θνησιμότητα. Χρησιμοποιήσαμε περιγραφικές στατιστικές μεθόδους για την ανάλυση των δεδομένων, συμπεριλαμβανομένου του υπολογισμού των μέσων όρων, της εξέτασης των κατανομών. Το σύνολο των δεδομένων χρησιμοποιείται επίσης για να εξεταστεί η κατανομή της διάρκειας νοσηλείας και των ποσοστών θνησιμότητας. **Αποτελέσματα:** 26 ασθενείς νοσηλεύθηκαν το 2022 με οξύ αορτικό σύνδρομο -14 εκ των οποίων με διαχωριστικό ανεύρυσμα τύπου A, 20 άνδρες, 6 γυναίκες. Είκοσι οδηγήθηκαν επειγόντως στο χειρουργείο, ενώ 10 απεβίωσαν (38.46%) . Η ηλικία των ασθενών κυμαίνεται μεταξύ 25 και 81 ετών. Η διάρκεια της νοσηλείας ποικίλλει μεταξύ των ασθενών, με ορισμένα άτομα να παραμένουν για λίγες μόνο ημέρες, ενώ άλλα παραμένουν στο νοσοκομείο για αρκετές εβδομάδες, με μέση διάρκεια νοσηλείας 9,25 ημέρες. **Συμπεράσματα:** Η ανάλυση των δεδομένων παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τα δημογραφικά στοιχεία, τη διάρκεια νοσηλείας, τις διαγνώσεις, τις χειρουργικές παρεμβάσεις και τα ποσοστά θνησιμότητας που σχετίζονται με το οξύ αορτικό σύνδρομο. Από τα διαθέσιμα στοιχεία επιβεβαιώνεται η υψηλή θνησιμότητα των οξέων αορτικών συνδρόμων και υπογραμμίζεται η ανάγκη έγκαιρης και ακριβούς διάγνωσης.

ΠΑ044 | Διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή από του στόματος πριν από την εισαγωγή

Δ. Καραγεώργου¹, Δ. Βλαχομήτρος¹, Γ. Αρματάς¹, Θ. Παπαφάνης¹, Α. Κίτσιου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-Σκοπός Η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί παγκοσμίως την πιο συχνή καρδιακή αρρυθμία στους ενήλικες. Κύρια προσέγγιση στη διαχείριση ασθενούς με κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί η έναρξη αντιπηκτικής αγωγής για πρόληψη αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Συγκεκριμένα κριτήρια που περιλαμβάνονται στο CHA₂DS₂-VASc score ορίζουν την απόφαση για έναρξη αντιπηκτικής αγωγής. Ωστόσο, δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα ως προς την επίδραση της εισαγωγής στο νοσοκομείο στην από του στόματος αντιπηκτική αγωγή. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η καταγραφή της συμπεριφοράς των ειδικών καρδιολόγων ενός μεγάλου νοσοκομείου του ΕΣΥ σχετικά με την από του στόματος αντιπηκτική αγωγή που ελάμβαναν ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο. **Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα** Μελετήσαμε 51 ασθενείς (22 άνδρες και 29 γυναίκες), με μέση ηλικία 78.75±9.16 έτη (εύρος 53 έως 96 έτη). Μεταξύ των ασθενών, οι 32 (63%) ελάμβαναν απιξαμπάνη, οι 14 (27%) ριβαροξαμπάνη, οι 2 (4%) δαβιγατράνη και οι 3 (6%) ασενοκουμαρόλη. Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, σε όλους τους ασθενείς (100%) έγινε διακοπή της από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής και αντικατάστασή της με υποδόρια χορήγηση ενοξαπαρίνης. Η πρακτική αυτή εφαρμόστηκε ανεξάρτητα από την αιτία εισόδου (ηλεκτρική ανάταξη κοιλιακής μαρμαρυγής, επεμβατική στεφανιογραφία ή αγγειοπλαστική, εμφύτευση μονίμου τεχνητού βηματοδότη, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας, λοιμώξη αναπνευστικού, υπερτασική αιχμή, οξεία νεφρική ανεπάρ-

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / THURSDAY, OCTOBER 12th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

κεια). Μεταξύ των 51 ασθενών, παρατηρήθηκε ένας ενδονοσοκομειακός θάνατος, μη σχετιζόμενος με την αντιπηκτική αγωγή, σε ασθενή 96 ετών με καρδιακή ανεπάρκεια. **Συμπεράσματα** Είναι προφανές ότι παρατηρείται μια παγιωμένη κλινική πρακτική αντικατάστασης της από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής με υποδόρια ενοξαπαρίνη, κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η κύρια αιτία αυτής της πρακτικής είναι η πεποίθηση ότι έτσι επιτυγχάνεται ασφαλέστερη διαχείριση πιθανών αιμορραγικών επιπλοκών. Ως εκ τούτου, προτιμάται η ενοξαπαρίνη με χρόνο ημίσειας ζωής περί τις 7 ώρες σε σύγκριση με τα από του στόματος αντιπηκτικά φάρμακα με χρόνους ημίσειας ζωής περί τις 13 ώρες για τις απιξαμπάνη, ριβαροξαμπάνη και δαβιγατράνη και 9 ώρες για την ασενοκουμαρόλη. Η πρακτική αντικατάστασης της από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής με ενοξαπαρίνη, στο νοσοκομείο μας, διαφέρει από τις συστάσεις διεθνών κατεθυντηρίων οδηγιών, χωρίς ωστόσο να έχει οδηγήσει σε αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα στο συγκεκριμένο μικρό δείγμα ασθενών της παρούσας καταγραφής.

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023**

**FRIDAY,
OCTOBER 13th 2023**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Προφορικές Ανακοινώσεις

09.00-10.00 Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός II

Πρόεδροι: **Μ. Σιάρκος** (Θεσσαλονίκη), **Η. Ζάρβαλης** (Θεσσαλονίκη)**ΠΑ045 | ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΟΛΩΝ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΧΩΡΟ ΕΞΟΔΟΥ ΚΟΙΛΙΑΣ****Α. Μεγαρισιώτου¹, Α. Μπατσούλη¹, Π. Παπακωνσταντίνου¹, Α. Αστάρας¹, Α. Σιδέρης¹, Σ. Ξυδώνας¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση ηλεκτροκαρδιογραφικών διαγνωστικών αλγορίθμων που χρησιμοποιούνται για την διαφορική διάγνωση της προέλευσης ιδιοπαθών εκτάκτων κοιλιακών συστολών (Premature Ventricular Complexes, PVCs) μεταξύ χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας (Right Ventricular Outflow Tract, RVOT) και της αριστερής κοιλίας (Left Ventricular Outflow Tract, LVOT). Οι PVCs σε ασθενείς χωρίς υποκείμενη δομική καρδιοπάθεια συνήθως προέρχονται από τους χώρους εξόδου της δεξιάς ή αριστερής κοιλίας (RVOT/LVOT). Η κατάλυση αποτελεί επέμβαση με υψηλό ποσοστό επιτυχίας. Ο εντοπισμός της προέλευσης των PVCs από το ηλεκτροκαρδιογράφημα πριν την επέμβαση βοηθά στην επιλογή της κατάλληλης προσπέλασης, μείωση του χρόνου επέμβασης και ακτινοσκόπησης και αποφυγή επιπλοκών.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν 38 συνεχείς ασθενείς με ιδιοπαθή εκτακτοσυστολική κοιλιακή αρρυθμία που υπεβλήθησαν σε επέμβαση κατάλυσης στο ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο του Νοσοκομείου μας με μορφολογία αποκλεισμού αριστερού σκέλους (LBBB) και κατώτερο άξονα του QRS. Στους ασθενείς πραγματοποιήθηκε σε ύπτια θέση ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών με ταχύτητα καταγραφής 25mm και εύρος δυναμικού 10mm προ της επέμβασης. Η προέλευση των PVCs εκτιμήθηκε με τους εξής αλγορίθμους: α. V2S/V3R δείκτης που υπολογίσθηκε με το πηλίκο του δυναμικού του κύματος S στην απαγωγή V2 δια του δυναμικού του κύματος R στην απαγωγή V3 σε PVC, β. αναλογία μετάπτωσης στην απαγωγή V2 που υπολογίσθηκε με το πηλίκο του (R/R+S) κατά την PVC προς του (R/R+S) στον φλεβοκομβικό ρυθμό (SR) και γ. αναλογία μετάπτωσης του R σε V1-V3 που ορίζεται ως το πηλίκο του (RV1+RV2+RV3) σε PVC προς του (RV1+RV2+RV3) σε SR. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το Πρόγραμμα Στατιστικής Ανάλυσης SPSS version 25. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η μέση ηλικία του πληθυσμού μελέτης ήταν τα 60,68 ± 5,38 έτη. Οι γυναίκες αποτελούσαν το 52,6% (n=20). Από τους 38 ασθενείς στους 16 (ποσοστό 42,1%) έγινε κατάλυση στον LVOT και στους 22 (ποσοστό 57,9%) στον RVOT. Για τον προσδιορισμό της διαγνωστικής ακριβείας δημιουργήθηκε καμπύλη ROC. Ο δείκτης V2S/V3R (AUC=0,55, 95% CI 0,36-0,74), η αναλογία μετάπτωσης στην απαγωγή V2 (AUC=0,66, 95% CI 0,48-0,84) και η αναλογία μετάπτωσης του R σε V1-V3 (AUC=0,70, 95% CI 0,53-0,87, p value 0.07). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Η χρήση του αλγορίθμου της αναλογίας μετάπτωσης του R σε V1-V3 για τη διαφορική διάγνωση της προέλευσης ιδιοπαθών εκτάκτων κοιλιακών συστολών μεταξύ του RVOT και LVOT προέβλεψε με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα την εντόπιση αυτών.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

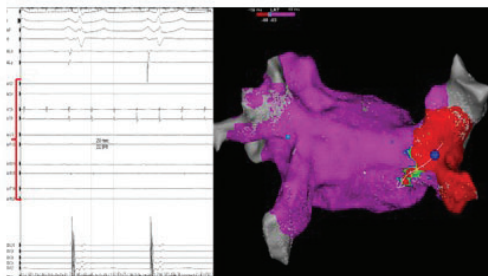
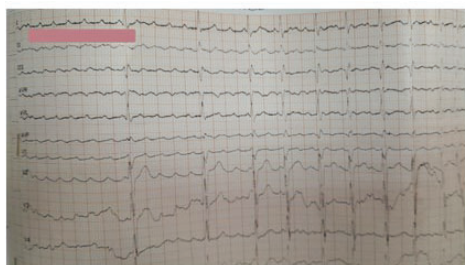
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ046 | **Επιτυχής κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας, μετά από κρυο-κατάλυση για κοιλιακή μαρμαρυγή**

A. Χρήστου¹, M. Αγγελάκη¹, Π. Σεραφείμ¹, A. Σακελλαροπούλου¹, Γ. Φώτος¹, M. Μπονέτη¹, E. Σιδηροπούλου¹, Σ. Αλεξανδρή¹, K. Φλέσσα¹, N. Μπουρμπούλης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ
Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός Η κοιλιακή ταχυκαρδία είναι συχνή σε ασθενείς μετά από επέμβαση κατάλυσης κοιλιακής μαρμαρυγής. Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς με κοιλιακή ταχυκαρδία ο οποίος τελικά αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με κατάλυση. **Υλικό και μέθοδος** Ασθενής 59 ετών παραπέμφθηκε λόγω ακατάπαυστης κοιλιακής ταχυκαρδίας 120 bpm, παρά τη χορήγηση υψηλών δόσεων β-αναστολέα. Από το ιστορικό του επέμβαση κρυο-κατάλυσης κοιλιακής μαρμαρυγής προ έτους σε άλλο κέντρο. Ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή με ριβαροξαμπάνη (20 mg ημερησίως). Ηχωκαρδιογραφικά διαπιστώθηκε επηρεασμένη συστολική απόδοση αριστερής κοιλίας, με διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων και κλάσμα εξώθησης (EF): 45%. Στη διοισοφάγεια μελέτη παρατηρείται διάταση αριστερού κόλπου και καλές ταχύτητες ροής στο ωτίο, χωρίς εικόνα θρόμβου. Η μορφολογία των P στο ηλεκτροκαρδιογράφημα: (+) στην απαγωγή V1, ήταν δηλωτική για την προέλευση της ταχυκαρδίας από τον αριστερό κόλπο. (εικόνα 1) **Αποτελέσματα** Ο ασθενής οδηγήθηκε στο Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο. Από τη χαρτογράφηση με το σύστημα ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης CARTO-3 επιβεβαιώθηκε η προέλευση από τον αριστερό κόλπο. Αναδείχθηκε περιοχή μέγιστης πρωιμότητας στο ενδιάμεσο των δεξιών πνευμονικών φλεβών με έξοδο του ερεθίσματος από το οπίσθιο τοίχωμα (εικόνα 2). Η χορήγηση ενέργειας με μια βλάβη υψίσουχου ρεύματος στο συγκεκριμένο σημείο οδήγησε σε απομόνωση των δεξιών πνευμονικών φλεβών και άμεση αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού. Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η παρατήρηση ότι για μερικά λεπτά μετά την ανάταξη και παρά την ύπαρξη φλεβοκομβικού ρυθμού στο κοιλιακό μυοκάρδιο, εντός των δεξιών πνευμονικών φλεβών συνέχιζε να καταγράφεται η κοιλιακή ταχυκαρδία, (εικόνα 2) γεγονός που υποστηρίζει την εστιακή προέλευση της αρρυθμίας από τη συγκεκριμένη θέση. Ακολούθησε περιμετρική απομόνωση και των αριστερών πνευμονικών φλεβών. Λόγω των ευρημάτων από



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

το ηχοκαρδιογράφημα, υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία η οποία ανέδειξε αθηρωμάτωση χωρίς σημαντικές στενώσεις. Έκτοτε ο ασθενής βρίσκεται υπό παρακολούθηση, παραμένει σε φλεβοκομβικό ρυθμό και είναι ασυμπτωματικός. Η συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας έχει αποκατασταθεί (EF: 60%), γεγονός που επιβεβαίωσε τη διάγνωση της ταχυμυοκαρδιοπάθειας. **Συμπεράσματα** Η κολπική ταχυκαρδία μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής μπορεί να οφείλεται σε κυκλώματα μάκρο και μικρο επανεισόδου ή να είναι εστιακή. Στην περίπτωση μας επρόκειτο για εστιακή κολπική ταχυκαρδία εντός των δεξιών φλεβών, με έξοδο στο κολπικό μυοκάρδιο μέσω χάσματος στην απομόνωση, από το οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου.

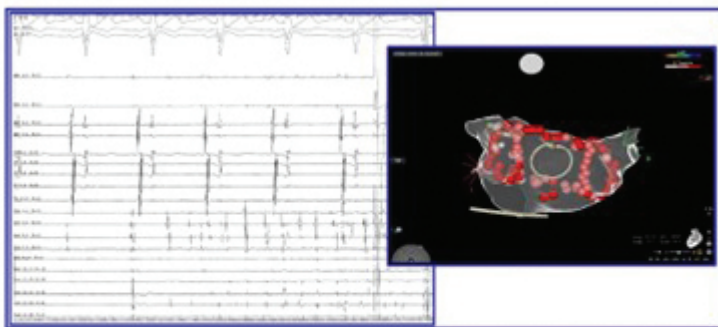
ΠΑ047 | Η κλινική σημασία της ανεύρεσης πυροδοτών στο οπίσθιο τοίχωμα σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή που υποβάλλονται σε επέμβαση κατάλυσης με απομόνωση του οπισθίου τοιχώματος με καθετήρα ραδιοσυχνότητας

Δ. Κατσάρας¹, Α. Βασιλόπουλος¹, Θ. Ζωγράφος¹, Κ. Κούβελας¹, Π. Χαραλαμπίδης¹, Ι. Ραϊτσος-Εξαρχόπουλος¹, Ε. Χριστοφοράτου¹, Π. Ιωαννίδης¹

¹ Καρδιολογικό Ρυθμολογικό Κέντρο, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική

Εισαγωγή: Το οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου είναι γνωστό ότι αποτελεί κριτικό υπόστρωμα για την έναρξη και διατήρηση της κολπικής μαρμαρυγής και η συμπερίληψή του ως στόχο στις επεμβάσεις κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής, ιδίως σε περιπτώσεις εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Παράλληλα, η ανάδειξη εξωπνευμονικών πυροδοτών κολπικής μαρμαρυγής φαίνε-

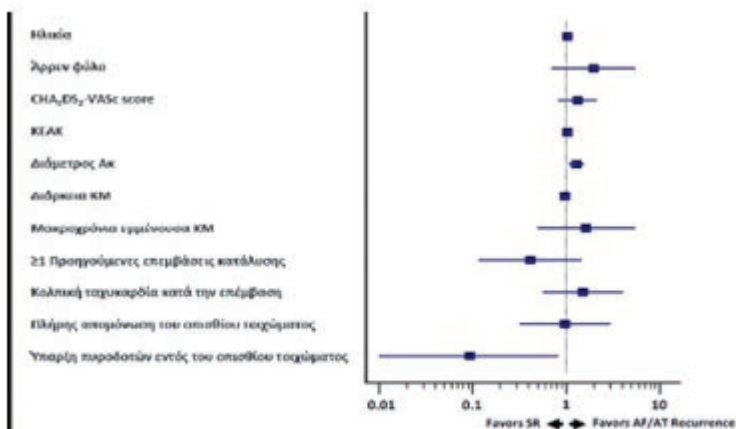
ται πως έχει μεγάλη σημασία στην παθοφυσιολογία και στην επεμβατική αντιμετώπιση της αρρυθμίας. Σε αυτή την αναδρομική κλινική μελέτη, ερευνήσαμε το κλινικό αποτέλεσμα της επέμβασης κατάλυσης με απομόνωση των πνευμονικών φλεβών και απομόνωση του οπισθίου τοιχώματος μόνο με γραμμοειδείς βλάβες, με χρήση κα-



Εικόνα 1. Ταχεία αρρυθμική δραστηριότητα εντός του απομονωμένου οπισθίου τοιχώματος και φλεβοκομβικός ρυθμός στον υπόλοιπο αριστερό κόλπο. Ο κυκλοτερές καθετήρας είναι σε επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα και οι πνευμονικές φλέβες είναι ηλεκτρικά απομονωμένες.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



Εικόνα 2. Παράγοντες κινδύνου για υποτροπή κολπικών ταχυαρρυθμιών μετά επέμβαση κατάλυσης με ηλεκτρική απομόνωση πνευμονικών φλεβών και οπισθίου τοιχώματος αριστερού κόλπου.

Θετήρα ενέργειας ραδιοσυχνότητων, σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή. **Υλικό και μέθοδος:** Εκατό ασθενείς (64 ± 9.1 ετών, 66% άνδρες, 20% προηγούμενη επέμβαση κατάλυσης με απομόνωση των πνευμονικών φλεβών) υπεβλήθησαν σε απομόνωση του οπισθίου τοιχώματος, επιπροσθέτως της ηλεκτρικής απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών, για τη θεραπεία εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής διάρκειας > μηνών (34% μακρά εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή). Ως πυροδοτές κολπικής μαρμαρυγής ορίζονταν α) περιοχές με εντοπισμένη παθολογική ηλεκτρική δραστηριότητα η οποία επανειλημμένα (≥ 2 φορές) μπορεί να εισήγαγε κολπική μαρμαρυγή ή β) αρρυθμική δραστηριότητα εντός απομονωμένης περιοχής που είχε διάρκεια > δευτερόλεπτα. **Αποτελέσματα:** Η μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν 25.6 ± 6.7 μήνες. Το 61% των ασθενών παρέμεινε σε φλεβοκομβικό ρυθμό μετά την τελευταία επέμβαση. Σε 79 ασθενείς, κατέστη δυνατή η επιτυχής ηλεκτρική απομόνωση του οπισθίου τοιχώματος, ενώ σε 21 ασθενείς, η πλήρης απομόνωση δεν ήταν δυνατή εξαιτίας αποτυχίας να επιτευχθεί ακέραια γραμμοειδής βλάβη στην οροφή ($n=16$), στο έδαφος ($n=7$), ή σε έδαφος και οροφή του αριστερού κόλπου ($n=2$). Σε 12 ασθενείς παρατηρήθηκαν πυροδοτές στο οπίσθιο τοίχωμα. Μεταξύ των παραγόντων που μελετήθηκαν, η μικρότερη διάμετρος του αριστερού κόλπου και η παρουσία πυροδοτών εντός του οπισθίου τοιχώματος σχετίστηκαν με χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής (OR: 1.29, 95% CI: 1.06-1.57, $P=0.01$, και OR: 0.09, 95% CI 0.01 to 0.84, $P=0.034$, αντιστοίχως). Δεν υπήρχε διαφορά στο ποσοστό υποτροπής κολπικών ταχυαρρυθμιών ανεξαρτήτως επιτυχούς ή μη απομόνωσης του οπισθίου τοιχώματος ($p=1.0$). **Συμπεράσματα:** Το οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου αποτελεί συχνή θέση ανίχνευσης πυροδοτών κολπικής μαρμαρυγής και η απομόνωσή του σε αυτούς τους ασθενείς επιφέρει ευνοϊκά κλινικό αποτέλεσμα στη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ048 | **Anticoagulation status and left atrial appendage occlusion indications in hospitalized cardiology patients with atrial fibrillation: A Hellenic Cardiorenal Morbidity Snapshot (HECMOS) sub-study**

M. Botis¹, D. Tsiachris¹, P. Papakonstantinou², I. Leontsinis¹, I. Doundoulakis¹, P. Tsioufis¹, P. Iliakis¹, G. Oikonomou¹, C. K. Antoniou¹, T. Kolettis³, N. Smyrnioudis⁴, D. Christakos⁵, C. Chasikidis¹, K. Tsioufis¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ Cardiology Department, Mediteraneo Hospital, Athens, Greece

Introduction- Objectives Proper use of oral anticoagulants is crucial in the management of non-valvular atrialfibrillation (NVAF) patients. Left atrial appendage occlusion (LAAC) may beconsidered for stroke prevention in patients with NVAF and contraindications forlong-term anticoagulant treatment. We aimed to assess the anticoagulation status and LAAC indications in patients with NVAF from HECMOS (Hellenic Cardiorenal Morbidity Snapshot) survey. **Materials and Methods** HECMOS was a nationwide snapshot survey of cardiorenal morbidity in hospitalized cardiology patients. HECMOS used an electronic platform to collect demographic andclinically relevant information from all patients hospitalized on March 3, 2022, in 55different cardiology departments. In this substudy, we included patients with knownAF without mechanical prosthetic valves and moderate to severe mitral valvestenosis. Patients with poor adherence to anticoagulants, high bleeding risk, previousmajor bleeding, and previous stroke were considered candidates for LAAC. **Results** Two hundred fifty-six patients (mean age 76.6±11.7, 148 males) were included in ouranalysis. Most of them (n=159; 62%) suffered from persistent AF. Mean CHA 2 DS 2 -VASc score was 4.28±1.7, while mean HAS-BLED score was 1.47±0.9. Three out of3 patients with a CHA 2 DS 2 -VASc 0 or 1 (female) received improperly anticoagulants. Sixteen out of 18 patients with a CHA 2 DS 2 -VASc 1 or 2 (female) received anticoagulants. Thirty-three out of 235 patients with a CHA 2 DS 2 -VASc> or 2 (forfemale) did not receive improperly anticoagulants. Among 221 under anticoagulanttherapy, 191 (86.4%) received non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs)and 30 (13.6%) received vitamin K antagonists. Relative indications for LAAC were present in 77 patients with NVAF (53 had only one risk factor, while 22 had two and2 patients had three concurrent risk factors). In detail, 15 reported poor or no adherence to the anticoagulant therapy, 17 patients had a history of major bleeding, 36had a prior stroke and 35 had a HAS-BLED score ≥3. No LAAC treatment wasrecorded. **Conclusion** Anticoagulation status was nearly optimal in a high thromboembolic risk population of cardiology patients, mainly treated with NOACs. Three out of ten AF patients should be screened for LAAC.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ049 | **Προγνωστικοί παράγοντες παρουσίας θρόμβου εντός του αριστερού ωτίου σε ασθενείς με μη βαλβιδική αιτιολογία κολπική μαρμαρυγή**

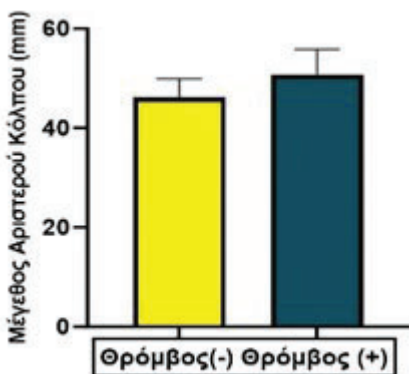
Κ. Ταμπάκης¹, Α. Μισεγιαννίδης¹, Η. Παπαδοπούλου¹, Ν. Μακρής¹, Μ. Κονδύλης¹, Γ. Κωνσταντίνου¹, Ν. Ζωγράφος¹, Δ. Ζενάτος¹, Ε. Ρεπάσος¹, Ν. Μπαλάσκα¹, Ι. Κανακάκης¹, Ι. Παρασκευαΐδης¹, Α. Νταλιάνης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η παρουσία θρόμβου εντός του αριστερού ωτίου σε ασθενείς με μη βαλβιδική αιτιολογία κολπική μαρμαρυγή (ΜΒ-ΚΜ) σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εμβολικού επεισοδίου. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η προγνωστική αξία διάφορων κλινικών και εργαστηριακών δεικτών στη συχνότητα εμφάνισης θρόμβου εντός του αριστερού ωτίου σε ασθενείς με ΜΒ-ΚΜ. **Υλικό/Μέθοδος:** Διαδοχικοί ασθενείς με ΜΒ-ΚΜ που υποβλήθηκαν σε διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα πριν υποβληθούν σε ηλεκτρική ανάταξη ΜΒ-ΚΜ συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Διερευνήθηκε η πιθανή συσχέτιση διάφορων κλινικών παραμέτρων όπως η ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος, το φύλο, το CHADS-VASC score όπως και υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων που υπολογίστηκαν κατά τη διαθωρακική και διοισοφάγιο μελέτη όπως το κλάσμα εξωθήσεως (ΚΕ), η ταχύτητα ροής εντός του αριστερού ωτίου, το μέγεθος του αριστερού κόλπου και ο βαθμός ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας με την παρουσία θρόμβου εντός του αριστερού ωτίου. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή (συμπεριλαμβανομένων των νεώτερων αντιπηκτικών) για τουλάχιστον 1 μήνα πριν τη διενέργεια του διοισοφαγίου υπερηχοκαρδιογραφήματος.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν συνολικά 43 διαδοχικοί ασθενείς μέσης ηλικίας 68,2±10 έτη. Στο 16% των ασθενών διαπιστώθηκε θρόμβος εντός του ωτίου ενώ στο 23% εικόνα sludge ('λάσπη'). Δεν διαπιστώθηκε καμία διαφορά των μελετηθέντων κλινικοεργαστη-

ριακών παραμέτρων μεταξύ της ομάδας που εμφάνισε θρόμβο συγκριτικά με την ομάδα που δεν εμφάνισε θρόμβο. Μόνο το μέγεθος του αριστερού κόλπου ήταν στατιστικά οριακά μεγαλύτερο στους ασθενείς με θρόμβο συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν θρόμβο (46,2±7 vs 50,8±6, p=0,05, ΕΙΚΟΝΑ). **Συμπεράσματα:** Σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΜΒ-ΚΜ (~40%) που υποβλήθηκαν σε διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα πριν την ηλεκτρική ανάταξη παρατηρήθηκε εικόνα θρόμβου ή sludge εντός του αριστερού ωτίου παρά τη λήψη αντιπηκτικής αγωγής για ικανό χρονικό διάστημα. Κατά συνέπεια η διενέργεια διοισοφάγιου υπερηχοκαρδιογραφήματος πριν την ηλεκτρική ανάταξη θα ήταν καλό να συστήνεται σε όλους τους ασθενείς με ΜΒ-ΚΜ.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ050 | Effectiveness and safety of a time to isolation strategy of cryoballoon ablation of atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis**Δ. Τσιαχρής¹, Ι. Δουνδουλάκης², Χ. Κ. Αντωνίου¹, Α. Κορδαλής¹, Π. Μανωλάκου³, Α. Σπανός³, Δ. Κωνσταντίνου³, Π.¹, Κ. Γκατζούλης¹, Κ. Τσιούφης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Aim: We conducted a systematic review and meta-analysis of randomized and observational studies with a control group to evaluate the effectiveness and safety of a time to isolation (TTI)-based strategy of cryoballoon ablation (CBA) in the treatment of atrial fibrillation (AF).

Methods: Three electronic databases (MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials and Embase) without language restrictions were searched. The intervention assessed was a TTI-based strategy of CBA in the treatment of AF. TTI was defined as the time from the start of freezing to the last recorded pulmonary veins' potential. The comparison of interest was intended conventional protocol of CBA. The primary end point was freedom from atrial arrhythmia. **Results:** Nine studies were deemed eligible (N= 2289 patients). Eight studies reported freedom from atrial arrhythmia and pooled results showed a marginally similar success rate between two protocols (OR: 1.24; 95% CI: 0.98 - 1.56). A prespecified subgroup analysis verified that a high dose TTI strategy (with > 5 duration of cryotherapy post TTI) compared to conventional protocol could significantly increase the patients without atrial arrhythmia during follow-up (OR: 1.39; 95% CI: 1.05 - 1.83). TTI strategy could also significantly decrease total procedure time (SMD: - 26.24 minutes; 95% CI: - 36.90 to - 15.57) and phrenic nerve palsy incidence (OR: 0.49; 95% CI 0.29 - 0.84). **Conclusion:** Moderate confidence evidence suggests that an individualized CBA dosing strategy based on TTI and extended (> 2 minutes post TTI) duration of CBA is accompanied by fewer recurrences post AF ablation. Protocol registration number (DOI): 10.17605/OSF.IO/EVUN5

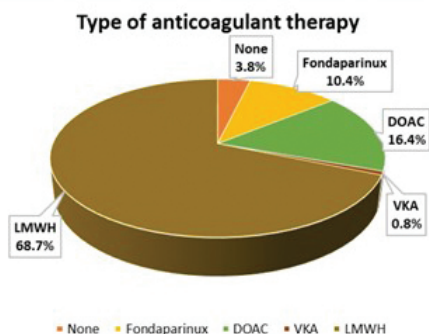
ΠΑ051 | Prevalence, characteristics and type of antithrombotic treatment in patients hospitalized in a rehabilitation center**Σ. Ηλιοπούλου¹, Ι. Σκουλαρίκης¹, Χ. Μάντζιος¹, Α. Ξανθόπουλος¹, Μ. Ματσάγκας¹, Γ. Γιαμούζης¹**¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Purpose: The aim of this study is to record the frequency of antithrombotic treatment in hospitalized patients in a rehabilitation center, as well as to describe its type and characteristics.

Methodology: This is a prospective study. Data were collected from the medical and nursing records of 665 hospitalized patients of the recovery and rehabilitation center "ANIMUS" in Larisa, Greece, over a period of eight months. In order to analyze the results, the statistical data analysis package Jamovi v. 2.3.21 was used. **Results:** The results showed that 96.2% of pa-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

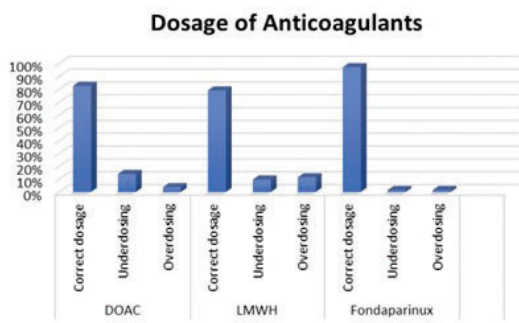


Graph 1. Frequency of anticoagulation treatment (by type)

tients received anticoagulants. Most of them received LMWH (68.7%), while 16.4% of patients received DOAC, 10.4% fondaparinux, and only 0.8% of them received VKA. Furthermore, 21.5% of patients received antiplatelet therapy, with aspirin being the most common antiplatelet agent (14.9%), followed by clopidogrel (6%), while rarely (0.6%) dual antiplatelet therapy was administered. Co-administration of antithrombotic treatment was observed in 19.8% of cases. Among patients receiving DOAC, 83% received the correct dosage according to their weight, age and renal function, 14% received lower than the optimal dosage, and 4% higher than the optimal dosage. Regarding LWMH, the correct dose of anticoagulant was administered in 79% of cases, while in 10% of cases underdosing and in 11% overdosing was observed. Finally, fondaparinux is administered in the correct dosage to the majority of patients (97.2%).

Conclusions: In conclusion, antithrombotic therapy is very

common among patients hospitalized in the rehabilitation center, with anticoagulant therapy being administered more frequently than antiplatelet therapy. Despite the high frequency of administration, errors are still observed in the dosage of anticoagulants, mainly in the form of underdosing of these agents. However, in order to draw safer conclusions, it is necessary to carry out more corresponding research as the results of the literature vary between the already existing studies.



Graph 2. Dosage of anticoagulants based on the guidelines

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

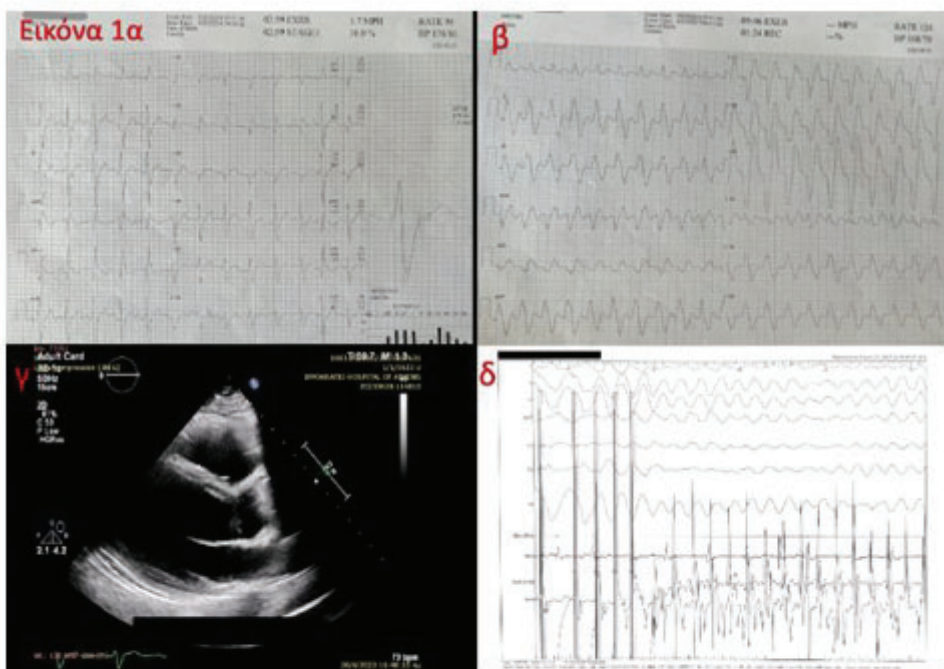
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ052 | Κοιλιακή ταχυκαρδία σε ασθενή με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια φυσιολογικού κλάσματος εξωθήσεως: ανίχνευση μετάλλαξης SCN5A
N. Μηλαράς¹, Π. Κωστάκης¹, Π. Δούρβας¹, Ε. Τριανταφύλλου¹, Δ. Τυροβολά¹, Τ. Κλογκέρι¹, Β. Μαντζιάρης¹, Α. Σακαλίδης², Σ. Αρχοντάκης¹, Α. Κορδαλής¹, Σ. Σιδεράς¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/σκοπός: Μεταλλάξεις στο γονίδιο SCN5A συνδέονται με πληθώρα δομικών και ηλεκτρικών παθήσεων της καρδιάς, αλλά εντοπίζουν έναν υποπλυθυσμό ασθενών με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, διαταραχές αγωγής και αυξημένο κίνδυνο για αιφνίδιο θάνατο.



Εικόνα 1 α) Ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας **β)** Ταχυκαρδία ευρέων QRS
γ) υπερηχοκαρδιογραφική παρασατηρική τομή διατεταμένης αριστεράς κοιλίας
δ) προγραμματισμένη κοιλιακή διέγερση με 3 έκτακτα και συνοδός πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζουμε περιστατικό που προσήλθε για διαστρωμάτωση αρρυθμιολογικού κινδύνου μετά από εμφάνιση κοιλιακής ταχυκαρδίας σε δοκιμασία κοπώσεως (Εικόνα 1α). Ασθενής 48 ετών, παραπέμφθηκε για δοκιμασία κοπώσεως σε τάπητα λόγω διαταραχών αγωγής στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ο ίδιος ήταν ασυμπτωματικός και αθλείται συστηματικά, ενώ προκύπτει αιφνίδιος θάνατος α συγγενικού προσώπου σε ηλικία 50 ετών. Κατά το 10ο λεπτό της κόπωσης εμφάνισε ασυμπτωματική μονόμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία η οποία αυτοπεριορίστηκε 2 λεπτά αργότερα, οπότε και παραπέμφθηκε στην κλινική μας για περαιτέρω αξιολόγηση (Εικόνα 1β). Στο υπερηχοκαρδιογράφημα αναδείχθηκε διάταση αριστεράς κοιλίας (60χιλ.) με διατηρημένη συστολική απόδοση αυτής (KE=55%), οπότε και προχωρήσαμε σε μαγνητική καρδιάς που επιβεβαίωσε τα ευρήματα και παράλληλα δεν ανέδειξε μυοκαρδιακή ίνωση (Εικόνα 1γ). Εν συνεχεία, διενεργήθηκε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη όπου κατά την προγραμματισμένη κοιλιακή διέγερση με 3 έκτακτα προκλήθηκε συγκοπτική πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία που απινιδώθηκε (Εικόνα 1δ). **Αποτελέσματα:** Έχοντας υπόψιν το ιστορικό, το φαινότυπο αρχόμενης διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας, το παθολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα και την θετική προγραμματισμένη κοιλιακή διέγερση προχωρήσαμε σε διενέργεια γενετικού ελέγχου που αποκάλυψε ετεροζυγωτία στο αυτοσομικά επικρατές γονίδιο SCN5A, οπότε και προχωρήσαμε σε εμφύτευση απινιδωτή. **Συμπέρασμα:** Μεταλλάξεις στο γονίδιο SCN5A έχουν ισχυρή συσχέτιση με αρρυθμιολογικό θάνατο σε ασθενείς με σύνδρομο Brugada, διατακτική μυοκαρδιοπάθεια και σύνδρομο μακρου QT. Βάσει των τελευταίων κατευθυντήριων οδηγιών, η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρία προτείνει εμφύτευση απινιδωτή σε ασθενείς με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια και KE>35% εφ' όσον πληρούνται 2 από τις εξής προϋποθέσεις: πρόκληση κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά την ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, ανεξήγητη συγκοπή, γονιδιακή μετάλλαξη (LMNA, PLN, RBM20, FLNC) και σημαντικού βαθμού ίνωση στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς.

ΠΑ053 | Κίνδυνος αρτηριακής θρομβοεμβολής, αιμορραγίας και θνησιμότητας σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και καρκίνο: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Χ. Μπαλωμενάκης¹, Α. Παπάζογλου², Δ. Βλαχοπούλου¹, Α. Κάρτας¹, Δ. Μωυσίδης¹, Ι. Βουλοάγκας¹, Χ. Τσαγκάρης¹, Κ. Γεωργόπουλος³, Α. Σαμαράς¹, Ε. Καραγιαννίδης¹, Α. Ζιάκας¹, Γ. Γιαννακούλας¹

¹ Α' Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ΑΠΘ

² Α' Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ΑΠΘ, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθήνας

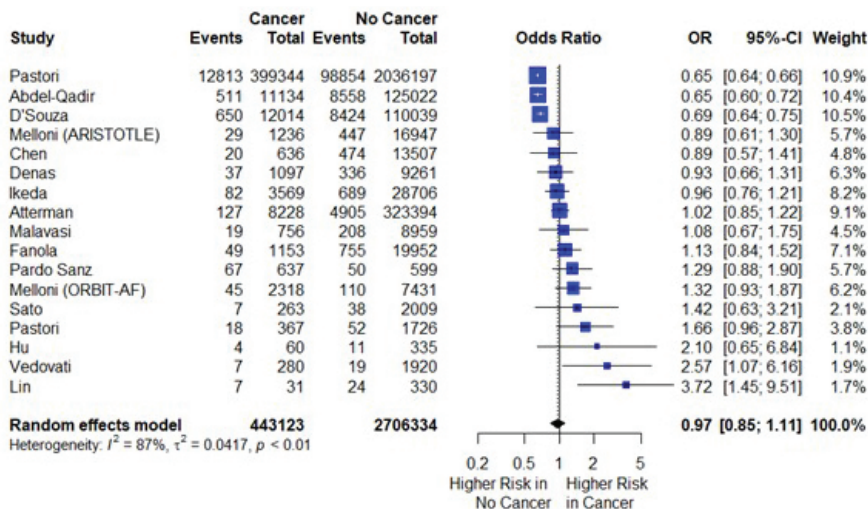
³ Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, ΑΠΘ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) και ο καρκίνος συχνά συνυπάρχουν. Η κάθε πάθηση χωριστά έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας. Ο σκοπός αυτής της μετα-ανάλυσης είναι να συνθέσει τα διαθέσιμα δεδομένα και να αναβαθμίσει την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την επίπτωση της αρτηριακής θρομβοεμβολής (ΘΕ), αιμορραγίας και θνητότητας σε ασθενείς με ΚΜ με ή χωρίς καρκίνο. **Υλικό και**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

μέθοδος: Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε σε PubMed, Ovid MEDLINE, WebOfScience, Scopus, CENTRAL, OpenGrey, και EThOS για την αναγνώριση μελετών η οποίες συσχετίζουν τη διάγνωση του καρκίνου με την επίπτωση της ΘΕ (ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, ή αρτηριακή θρόμβωση), μείζονα ή κλινικά σχετική μη μείζονα αιμορραγία και θνητότητα σε ασθενείς με ΚΜ. Για τη μετα-ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο των τυχαίων επιδράσεων, ενώ δεδομένης της αναμενόμενης ετερογένειας των μελετών που περιλαμβάνονται, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις ευαισθησίας και υποομάδας. Οι αναλύσεις ευαισθησίας περιλάμβαναν την εκτέλεση των κύριων αναλύσεων χρησιμοποιώντας επιπλέον τους εκτιμητές Paul-Mandel και Sidik-Jonkman, με και χωρίς τη χρήση των προσαρμογών Knapp-Hartung, καθώς και την αφαίρεση των ακραίων τιμών και των περιπτώσεων επιρροής. Πραγματοποιήθηκαν, επίσης, αναλύσεις υποομάδας ανάλογα με το ιστορικό ενεργού καρκίνου και τους διαφορετικούς τύπους καρκίνου. **Αποτελέσματα:** Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 17 μελέτες (3.149.547 ασθενείς). Ο κίνδυνος για ΘΕ ήταν παρόμοιος σε ασθενείς με ΚΜ που έπασχαν ταυτόχρονα από καρκίνο σε σχέση με ασθενείς με ΚΜ μόνο (pooled Odds Ratio (pOR) 0,97, 95% Confidence Interval (CI) 0,85-1,11, I² = 87%). Η μείζονα ή κλινικά σχετική μη μείζονα αιμορραγία (pOR 1,65, 95% CI 1,35-2,02, I² = 98%) και η θνητότητα (pOR 2,17, 95% CI 1,83-2,56, I² = 98%) ήταν σημαντικά υψηλότερες στους ασθενείς με ΚΜ και καρκίνο. Οι υποαναλύσεις έδειξαν ότι η επιλογή διαφορετικών εκτιμητών δεν επηρεάζει τα αποτελέσματα. Επιπλέον, ότι από την αφαίρεση των ακραίων τιμών ή των περιπτώσεων επιρροής, καθώς και από τη σύγκριση ασθενών με ενεργό καρκίνο έναντι ασθενών χωρίς καρκίνο, παρότι βελτιώνεται η ετερογένεια (I²=13,4%, I²=36,8%, I²=42.4% αντίστοιχα), ο κίνδυνος ΘΕ παραμένει στατιστικά μη σημαντικός. Ακόμα, ο κίνδυνος ΘΕ ήταν μη-σημαντικός για όλους τους υποτύπους καρκίνου. **Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με ΚΜ, ο συνυπάρχων καρκίνος συσχετίζεται με όμοιο κίνδυνο για ΘΕ, και αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγία και θνητότητα.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

<i>Sensitivity and Subgroup Analyses for Thromboembolism</i>	<i>pOR</i>	<i>95% CI</i>	<i>p</i>	<i>I²</i>	<i>t²</i>	<i>Q test p-value (heterogeneity)</i>
<i>Main Analysis</i>	0.97	0.85-1.11	0.65	87.5%	0.04	<0.001
<i>Active Cancer (1)</i>	1.13	0.93-1.37	0.21	42.4%	0.03	0.07
<i>Main Analysis (DerSimonian-Laird estimator)</i>	0.97	0.85-1.11	0.65	87.5%	0.04	<0.001
<i>Main Analysis (DerSimonian-Laird estimator, Knapp-Hartung Adjustment)</i>	0.97	0.80-1.17	0.74	87.5%	0.04	<0.001
<i>Main Analysis (Paul-Mandel estimator)</i>	1.04	0.86-1.27	0.66	87.5%	0.12	<0.001
<i>Main Analysis (Paul-Mandel estimator, Knapp-Hartung Adjustment)</i>	1.04	0.85-1.29	0.67	87.5%	0.12	<0.001
<i>Main Analysis (Sidik-Jonkman estimator)</i>	1.06	0.86-1.31	0.59	87.5%	0.15	<0.001
<i>Influential Cases Removed(7)</i>	1.13	0.99-1.3	0.07	36.8%	0.02	0.08
<i>Basic Outliers Removed(8)</i>	1.08	0.97-1.21	0.15	13.4%	0.01	0.31
<i>Sensitivity and Subgroup Analyses for Bleeding</i>	<i>pOR</i>	<i>95% CI</i>	<i>p</i>	<i>I²</i>	<i>t²</i>	
<i>Main Analysis</i>	1.65	1.35-2.02	<0.001	97.5%	0.12	<0.001
<i>Active Cancer (9)</i>	2.26	1.81-2.83	<0.001	87%	0.06	<0.001
<i>Basic Outliers Removed(13)</i>	1.67	1.41-1.97	<0.001	84.10%	0.05	<0.001
<i>Sensitivity and Subgroup Analyses for Mortality</i>	<i>pOR</i>	<i>95% CI</i>	<i>p</i>	<i>I²</i>	<i>t²</i>	
<i>Main Analysis</i>	2.17	1.83-2.56	<0.001	98.30%	0.08	<0.001
<i>Active Cancer (14)</i>	3.10	2.29-4.19	<0.001	94.7%	0.13	<0.001
<i>Basic Outliers Removed (17)</i>	2.03	1.79-2.29	<0.001	89.5%	0.02	<0.001
1 included: Denas, Melloni(ARISTOTLE), Fanola, Sato, Vedovati, Hu, Lin, Atterman, Ikeda, Malavasi, 2 removed: Abdel-Qadir, D'Souza, Pastori(2021) , 3: removed: Abdel-Qadir, D'Souza, Lin, Pastori (2021), 4 included: Melloni (ARISTOTLE), Fanola, Sato, Vedovati, Hu, Atterman, Ikeda, Malavasi, 5 removed: D'Souza, Fanola, Pastori (2021) , 14 included: Melloni(ARISTOTLE), Fanola, Sato, Vedovati, Atterman, Ikeda, Malavasi, 6 removed: Melloni (ARISTOTLE), D'Souza, Fanola						

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ054 | Πρώιμη αξιολόγηση επιθεμάτων γενταμυκίνης-κολλαγόνου κατά την εμφύτευση διαφλέβιων συστημάτων διαχείρισης ρυθμού
**Κ. Πολυμερόπουλος¹, Π. Λαζαρίδης¹, Α. Σταυράτη¹, Σ. Αλκαγιέτ¹,
Σ. Κουτσίδης¹, Φ. Δημητριάδης¹, Ε. Ντάντου¹, Κ. Γαργάνη¹,
Α. Μαγλαρά¹, Ι. Ζαρίφης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι λοιμώξεις αποτελούν μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές των καρδιακών εμφυτεύσιμων συσκευών (Cardiac Implantable Electronic Devices-CIED) και συσχετίζονται με σημαντικά αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα. Σκοπός της μελέτης είναι η πρώιμη αξιολόγηση των επιθεμάτων γενταμυκίνης-κολλαγόνου (Gentamycin Collagen Sponge-GCS) στην πρόληψη λοιμώξεων CIEDs και σχηματισμού αιματωμάτων. **Μέθοδος:** Σε χρονικό διάστημα 12 μηνών επιλέχθηκαν 59 ασθενείς (5 γυναίκες) με μέση ηλικία 64,5 έτη, στους οποίους έγινε de novo εμφύτευση Καρδιακού Απινιδωτή (46), αντικατάσταση της γεννήτριας του Απινιδωτή (9), ή εμφύτευση διαφλέβιου Βηματοδότη (4), όπου έγινε χρήση του GCS κατά την επέμβαση. Εξ αυτών, 17/59 (28,8%) ελάμβαναν μονή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ασπιρίνη ή κλοπιδογρέλη), 16/59 (27,1%) ελάμβαναν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, ενώ 25/59 (42,3%) ελάμβαναν από του στόματος αντιπηκτική αγωγή (Oral Anticoagulant-OAC). Στη συνέχεια επανεκτιμήθηκαν στις 30 ημέρες προς αξιολόγηση εμφάνισης αιματώματος θήκης συσκευής ή λοίμωξης CIED. Από τους 59 ασθενείς κανείς δεν εμφάνισε στοιχειά λοίμωξης, ενώ αιμάτωμα θήκης παρουσίασαν 5 ασθενείς (8,4%), με τους 4 να λαμβάνουν μονή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και 1 να λαμβάνει OAC. Κανείς από αυτούς τους ασθενείς δεν χρειάστηκε διάνοιξη θήκης ή μετάγγιση αίματος και όλοι αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με πιεστική περιέδση και προσωρινή διακοπή της αντιθρομβωτικής αγωγής. **Συμπέρασμα:** Η χρήση GCS φαίνεται ασφαλής στη πρώιμη πρόληψη εμφάνισης λοίμωξης και αιματώματος κατά την εμφύτευση CIED.

ΠΑ055 | Μεταβολές στη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος μετά από επέμβαση κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής με ραδιοσυχνότητες: Πρώτα αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης

**Π. Παπακωνσταντίνου¹, Α. Μπατσούλη¹, Κ. Αργυρόπουλος¹,
Ν. Γαβριελάτου¹, Α. Μεγαρισιώτου¹, Σ. Ξυδωνας¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός Η φυσική ιστορία των μεταβολών στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) μετά από επέμβαση κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) δεν έχει προσδιοριστεί με σαφήνεια. Νεότερα δεδομένα έχουν δείξει αύξηση του συμπαθητικού τόνου μετά από επέμβαση κατάλυσης ΚΜ, είτε για βραχύ είτε για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. Η μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας [Heart rate Variability (HRV)] αποτελεί έναν έμμεσο δείκτη εκτίμησης της λειτουργίας του ΑΝΣ, με χαμηλή HRV να υποδηλώνει διέγερση του συμπαθητικού. Σκοπός της παρούσας πιλοτικής μελέτης είναι ο προσδιορισμός των με-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ταβολών στη λειτουργία του ΑΝΣ έως και ένα έτος μετά από επέμβαση κατάλυσης ΚΜ. **Υλικό και Μέθοδος** Μονοκεντρική, προοπτική μελέτη που συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση κατάλυσης ΚΜ με ραδιοσυχνότητες στο ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο του Β καρδιολογικού τμήματος του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός». Στους ασθενείς τοποθετήθηκε 24ωρο Holter καρδιακού ρυθμού προ και μετά της επέμβασης (έως και 6 μήνες προ της επέμβασης; έως ένα έτος μετά την επέμβαση). Η HRV ορίστηκε ως η τυπική απόκλιση των RR στην 24ωρη καταγραφή του καρδιακού ρυθμού. **Αποτελέσματα** Συνολικά εντάχθηκαν δεκαπέντε (15) ασθενείς (μέση ηλικία 61 έτη; 60% άνδρες). Η HRV μετά την επέμβαση κατάλυσης ΚΜ ήταν σημαντικά μειωμένη σε σχέση με την HRV προ της κατάλυσης (127,2±37,6 vs 112,47 ±37,37 ms; p=0,029). Καταγράφηκε επίσης μη στατιστικά σημαντική αύξηση της καρδιακής συχνότητας μετά την επέμβαση κατάλυσης ΚΜ (63,79 ±10,83 ως 67,29±9,23 bpm; p=0,36). **Συμπεράσματα** Η HRV μειώθηκε σημαντικά μετά από επέμβαση κατάλυσης της ΚΜ με χρήση ραδιοσυχνότητων. Η μεταβολή αυτή μπορεί να οφείλεται είτε σε αυξημένη συμπαθητική διέγερση, είτε σε μειωμένο τόνο του παρασυμπαθητικού, είτε στο συνδυασμό των δύο παραπάνω. Περαιτέρω μελέτη απαιτείται για τη συσχέτιση των μεταβολών του ΑΝΣ με την αποτελεσματικότητα της επέμβασης κατάλυσης ΚΜ.

10.00-11.00 Επεμβατική καρδιολογία I

Πρόεδροι: **Μ. Χαμηλός** (Ηράκλειο), **Η. Ελευθεριάδης** (Αθήνα)

ΠΑ056 | **Σύγκλιση βατού ωοειδούς τρήματος σε ασθενείς με ή χωρίς υπερουαισθησία στο νικέλιο**

Α. Αποστολός¹, Σ. Γρηγορίου³, Μ. Δρακοπούλου¹, Γ. Τρανταλής², Ε. Χατζηδημητρίου³, Κ. Αγγέλη¹, Α. Στρατηγός³, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Τούτουζας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ Α' Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Α. Συγγρός

Εισαγωγή/Σκοπός Η διακαθετηριακή σύγκλιση του βατού ωοειδούς τρήματος (patent foramen ovale - PFO) θεωρείται μια ασφαλής και αποτελεσματική επέμβαση για τη δευτερογενή πρόληψη κρυσταλλογενών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Οι Amplatzer® PFO occluder (AGA Medical Corporation, Golden Valley, Minnesota) και Gore Helex® septal occluder (WL Gore & Associates, Flagstaff, AZ) είναι οι δύο εγκεκριμένες συσκευές από τον Αμερικάνικο Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων για το σκοπό αυτό και αποτελούνται από ένα κράμα νικελίου-τιτανίου. Αν και το νικέλιο θεωρείται ως η πρωταρχική αιτία υπερουαισθησία παγκοσμίως, παραμένει άγνωστη η επίδραση της σύγκλισης του PFO σε ασθενείς με υπερουαισθησία στο νικέλιο. Σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αν οι ασθενείς με υπερουαισθησία στο νικέλιο είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ανεπιθύματα συμβάματα μετά τη σύγκλιση του PFO και να μελετήσουμε το ρόλο που πιθανώς διαδραματίζουν οι συσκευές. **Μεθοδολογία** Ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή σύγκλιση PFO συμπεριλαμβάνονται προ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

οπτικά στη μελέτη μας. Πριν την επέμβαση, δερματικές δοκιμασίες νικελίου πραγματοποιούνται σε όλους τους ασθενείς της μελέτης μας. Οι ασθενείς τυχαιοποιούνται στο να λάβουν είτε τη συσκευή Amplatzer είτε τη συσκευή Gore. Κατά τη διάρκεια της τρίμηνης παρακολούθησης αξιολογούμε το πρωτογενές σύνθετο καταληκτικό σημείο, που περιλαμβάνει το προκάρδιο άλγος, το αίσθημα παλμών, την νέα εμφάνιση κεφαλαλγιών και την ανάπτυξη εξανθήματος. **Αποτελέσματα** Μέχρι τον Ιούλιο του 2023, 50 ασθενείς (50% γυναίκες, 45,4±10,3 έτη) είχαν ολοκληρωμένη παρακολούθηση και συμπεριλήφθηκαν στη παρούσα ανάλυση. Εξ' αυτών, οι 29 έλαβαν συσκευή Gore. Δεκατέσσερις ασθενείς (28%) διαγνώστηκαν με υπερευαισθησία στο νικέλιο. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο σημειώθηκε σε 20 ασθενείς (40%) της παρούσας ανάλυσης. Η εμφάνιση του πρωτογενούς καταληκτικού σημείου ήταν στατιστικά πιο συχνή σε ασθενείς με υπερευαισθησία, συγκριτικά με ασθενείς χωρίς (50% έναντι 13,3%, $p=0.005$). Από τη πολυπαραγοντική λογιστική ανάλυση που πραγματοποιήσαμε, η επιλογή της συσκευής δεν συσχετίστηκε σημαντικά με το σύνθετο πρωτογενές καταληκτικό σημείο ($p=0.892$). **Συμπεράσματα** Τα αποτελέσματα της μελέτης μας υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με υπερευαισθησία στο νικέλιο είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ένα σύνθετο καταληκτικό σημείο, που περιλαμβάνει συμπτώματα, όπως το αίσθημα παλμών, το θωρακικό άλγος, οι κεφαλαλγίες και κάποιου είδους εξάνθημα.

ΠΑ057 | Αντιμετώπιση ασθενών με νόσο στελέχους και οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

**N. Αρνας¹, Γ. Γαβριελάτος¹, Α. Δημόπουλος¹, Ε. Μπούσουλα¹,
N. Παπακωνσταντίνου¹, N. Πατσουράκος¹**

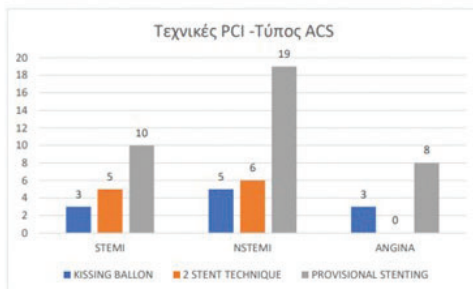
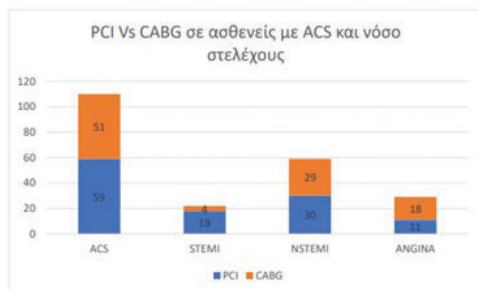
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η αντιμετώπιση ασθενών με νόσο στελέχους αποτελεί μια σύμπλοκη οντότητα τόσο ως προς τη μέθοδο αντιμετώπισης, όσο και ως προς την τεχνική που θα χρησιμοποιηθεί, όταν αποφασιστεί αντιμετώπιση με αγγειοπλαστική. Η νόσος στελέχους περιπλέκεται ακόμη περισσότερο όταν αναδεικνύεται στα πλαίσια οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. **ΣΚΟΠΟΣ** Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της επίδρασης βασικών παραμέτρων στην κλινική έκβαση και νοσηλεία των ασθενών με νόσο απροστάτευτου στελέχους και ΟΣΣ που αντιμετώπισθηκαν με αγγειοπλαστική. Αναφορά γίνεται και στην τεχνική που επιλέχθηκε. **ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του ΓΝΠ Τζανείου υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο από τον 1ο του 2022 έως τον 6ο του 2023 110 ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και νόσο στελέχους. Εξ' αυτών 22 προσήλθαν με STEMI, 59 με NSTEMI και 29 με ασταθή στηθάγχη. Η απόφαση για τη μέθοδο επαναγγείωσης βασίστηκε στον υπολογισμό του SYNTAX Score, την κλινική κατάσταση του ασθενούς (πόσο άμεση κρινόταν η επαναϊαμάτωση) και την επιθυμία των ιδίων. Έτσι 59 ασθενείς με μέσο όρο SYNTAX Score 26 (εύρος τιμών 8-46) αντιμετωπίστηκαν με άμεση αγγειοπλαστική (18 STEMI, 30 NSTEMI, 11 ασταθής στηθάγχη) και 51 μέσο όρο SYNTAX Score 35 (εύρος τιμών 12-57) οδηγήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση (4 υποξέα STEMI, 29 NSTEMI, 18 ασταθής στηθάγχη). Από τους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με αγγειοπλαστική, στο 34% έπασχε το στόμιο του στελέ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

χους, στο 54% το άπω τμήμα και σε 12% όλο το μήκος του. Έξι περιστατικά (10%) είχαν ανατομία τριχασμού, ενώ σε 4 περιπτώσεις η ασβέστωση των βλαβών απαιτήσε χρήση περιστροφικής αθηρεκτομής (3) ή ενδαγγειακής λιθοτριψίας (1) για την ολοκλήρωση της αγγειοπλαστικής. Όσον αφορά τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν, σε 11 περιπτώσεις (19%) ακολουθήθηκε τεχνική με 2 stents (DK-CRUSH, T-Stenting, Culotte κλπ), σε 10 περιστατικά τεχνική Kissing Balloon και στα υπόλοιπα provisional stenting. (Βλ. Πίνακες) Οι παραπάνω τεχνικές χρησιμοποιήθηκαν σχεδόν αποκλειστικά σε ασθενείς με STEMI (7) και NSTEMI (11), ενώ οι ασθενείς με στηθάγχη και σύμπλοκη ανατομία οδηγήθηκαν ως επί το πλείστον σε χειρουργική αντιμετώπιση (Βλ. Πίνακες). Τρεις ασθενείς διασωληνώθηκαν κατά την διάρκεια της επέμβασης λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας, ενώ μία ασθενής εξ αυτών κατέληξε, μετά από επιτυχή αποσωλήνωση, κατά την νοσηλεία λόγω ανεπάρκειας καρδιακής αντλίας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Η αγγειοπλαστική της νόσου στελέχους είναι ασφαλής και αποτελεσματική στα πλαίσια οξέος εμφράγματος ως η βασική μέθοδο επαναγγείωσης, ενώ η εφαρμογή σύνθετων τεχνικών είναι εφικτή από έμπειρους χειριστές με ελάχιστες επιπλοκές.



ΠΑ058 | Intravascular Imaging-Guided Versus Coronary Angiography-Guided Percutaneous Coronary Intervention: A Systematic Review and Bayesian Network Meta-Analysis of 80 Randomized Controlled and Propensity Matching Studies

A. Samaras¹, A. Bekiaridou¹, A. Papazoglou², O. Koutsouroumpa¹, E. Karagiannidis¹, G. Giannakoulas², A. Tzikas¹, N. Fragkakis¹, D. Mavridis, G. Kassimis¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

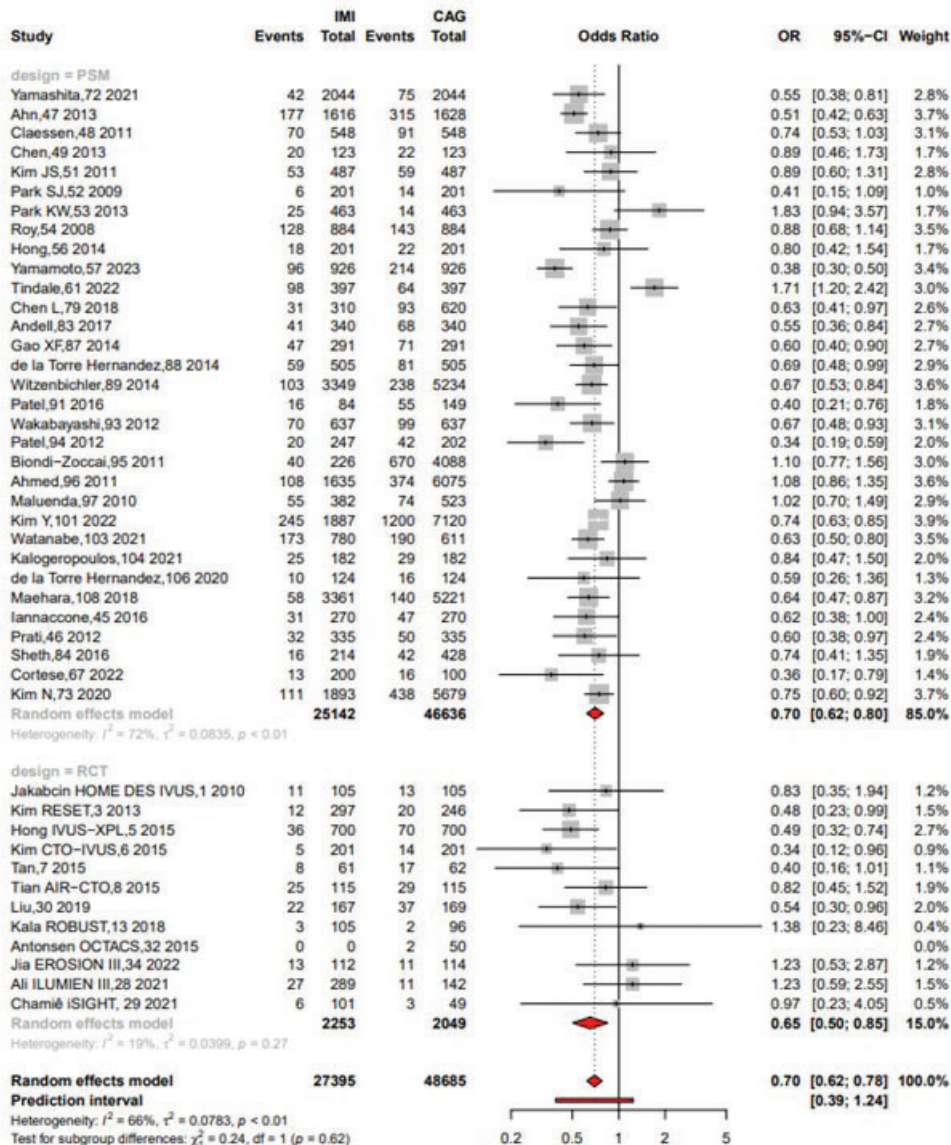
² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Coronary angiography (CA) is the standard imaging modality for percutaneous coronary interventions (PCI). Intracoronary imaging techniques, including intravascular ultra-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

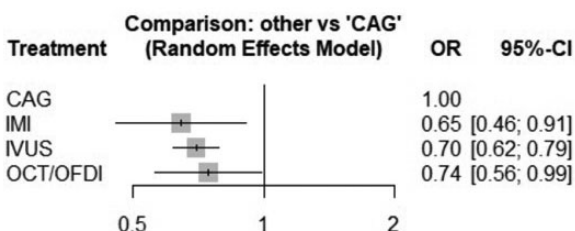


ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

sound (IVUS) and optical coherence tomography (OCT)/optical frequency domain imaging (OFDI), can overcome some limitations of CA and provide stent optimization. **Objectives:** The aim of this study was to explore the comparative clinical efficacy of different imaging modalities for PCI guidance. **Methods:** A comprehensive hierarchical Bayesian network meta-analysis was performed. Randomized controlled trials (RCT) and propensity matching studies (PSM) were included. The outcome of interest was the risk of major adverse cardiovascular event (MACE) following PCI with stent implantation guided by either CA, IVUS, or OCT/OFDI. **Results:** A total of 80 studies (26 RCTs and 54 PSM) were included. PCI guidance using either IVUS or OCT was associated with a significant reduction of MACE (pooled OR 0.70, 95%CI 0.62 to 0.78), compared with CA guidance. Subgroup analyses using only RCTs (pooled OR 0.65, 95%CI 0.50 to 0.85) or PSM studies (pooled OR 0.70, 95%CI 0.62 to 0.80) were consistent with the main analysis [Figure 1]. Compared with CA guidance, the risk of MACE was significantly reduced by either IVUS

(pooled OR 0.70, 95%CI 0.62 to 0.79) or OCT/OFDI guidance (pooled OR 0.74, 95%CI 0.56 to 0.99) [Figure 2]. No differences in terms of comparative clinical efficacy were found between IVUS and OCT. **Conclusions:** The use of intravascular imaging techniques for PCI guidance provides a prognostic benefit over CA.



ΠΑ059 | Rotablation in everyday practice. Numbers and experience in our hospital
Ε. Καλαμπόκη¹, Π. Οικονόμου¹, Β. Μπόλης¹, Β. Μπελή¹, Α. Κότσια¹, Ε. Παππά¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Rotational atherectomy (rotablation) is an invasive procedure adopted for the treatment of complex lesions especially those with heavy calcification that cannot be adequately dilated with conventional balloons or stents, leading to balloon rupture or stent under-expansion. This method manages to enlarge the coronary lumen by physical removal of plaque and reduction of plaque rigidity, facilitating proper dilation. In the catheterization laboratory of the "General Hospital of Ioannina "G.Xatzikosta" 113 percutaneous coronary interventions by using the method of rotablation were performed since 2017. Rotablation was mainly used in ad-hoc PCIs (71%), while 29% were acute cases (19.4% NSTEMI, 6.1% STEMI, 3.5% unstable angina). 78% of the medical cases were male and the 22% females and 24.7% of the whole cohort had diabetes mellitus, 31% hyperlipidemia, 10.6% chronic kidney disease, 6.1% heart failure, 4.6% arterial hypertension, 8.5% atrial fibrillation, 8.9% positive family history for cardiovascular disease, while 35.4% were smokers. 61% of patients in whom the method was used had multivessel coronary disease. Rotablation was performed in all coronary arteries (33.5% of cases in RCA, 33.5% in

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

LAD and 29% in LCX), mainly using right femoral access(55%), while temporary pacemaker was placed in the majority of RCA rotablation cases. 4% of cases the method was not performed because of unsuccessful wire routing. From the above data, we conclude that rotational atherectomy is a method that is used in complex highly calcified lesions in planned stable cases as well as in acute cases in all 3 coronary arteries, with high success rates.

ΠΑ060 | Επείγουσα διακαθετηριακή επιδιόρθωση σοβαρής ανεπάρκειας της μιτροειδούς με το σύστημα MitraClip σε ασθενείς με καρδιογενές σοκ: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 5.428 ασθενών

Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Αζναουρίδης¹, Μ. Σαγρης¹, Ε. Δρη¹, Γ. Κουτσόπουλος¹, Π. Κωστάκης¹, Ε. Μπενέκη¹, Π. Τσιούφης¹, Π. Ηλιάκης¹, Α. Σακαλίδης¹, Ν. Πυρπιρης¹, Α. Παπανικολάου¹, Μ. Shuny², Κ. Αγγέλη¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας (MR) και καρδιογενές σοκ (CS) παρουσιάζουν κακή πρόγνωση και υψηλό ποσοστό θνητότητας. Η διακαθετηριακή edge-to-edge επιδιόρθωση (TEER) της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας με το MitraClip μπορεί να αλλάξει σημαντικά τη διαχείριση του ασθενούς με αιμοδυναμική αστάθεια. **Υλικό και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήσαμε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση δεδομένων από τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία για την εφαρμογή του MitraClip σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού MR και CS. Το CS ορίστηκε ως 1) CS σύμφωνα με το ICD-10. 2) χρήση ινότροπου φαρμάκου; ή 3) μηχανική υποστήριξη κυκλοφορίας πριν το TEER. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η επιτυχία της συσκευής και τα ποσοστά θνητότητας από οποιαδήποτε αιτία, ενώ στα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η συχνότητα εμφράγματος του μυοκαρδίου (MI), του εγκεφαλικού επεισοδίου και της νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια (HF), κατά τη διάρκεια ενδονοσοκομειακών/30 ημερών και σε μακροχρόνιων παρακολούθηση. **Αποτελέσματα:** Συνολικά 25 μελέτες που συμπεριέλαβαν 5.428 ασθενών πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια καταλληλότητας και συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση. Κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής περιόδου/30 ημερών, η επιτυχία της συσκευής επιτεύχθηκε στο 90% (95% CI: 83%-94%, I² =44%) με MR ≤2+ να περιγράφεται στο 87% (95% CI: 77%-93%, I² =78%) των περιπτώσεων, ενώ η 30ήμερη θνητότητα από οποιαδήποτε αιτία ήταν 15% (95% CI: 12%-19%, I² =85%). Η επίπτωση του MI και του εγκεφαλικού ήταν 4% (95% CI: 1%-13%, I² =92%) και 2% (95% CI: 1%-2%, I² =0%), αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια μέσης παρακολούθησης 10,6 ± 6,4 μηνών, η ολική θνητότητα κυμάνθηκε στο 33% (95% CI: 24%-43%, I² =94%), ενώ νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια σημειώθηκε στο 18% (95% CI: 11%-27%, I² =85%) των ασθενών. Στην ανάλυση υποομάδας ασθενών με CS λόγω οξέος MI που υποβλήθηκαν σε επείγουσα TEER, συμπεριλήφθηκαν 14 μελέτες με 372 ασθενείς. Επιτυχία της επέμβασης επιτεύχθηκε στο 94% (95% CI: 72%-99%, I² =39%), ενώ η ενδονοσοκομειακή θνητότητα/30 ημέρες ήταν 12% (95% CI: 7%-21%, I² =34%). Σε μια μέση παρακολού-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Figure 1: In-hospital/30-day post-procedural all-cause mortality

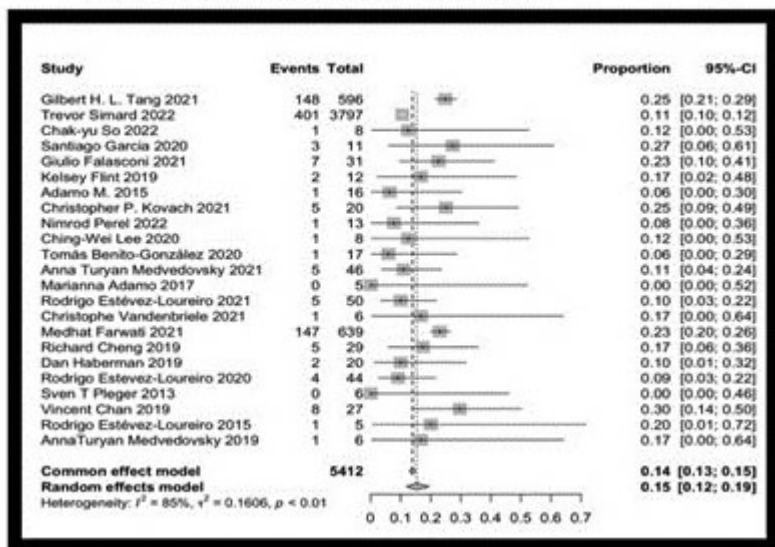
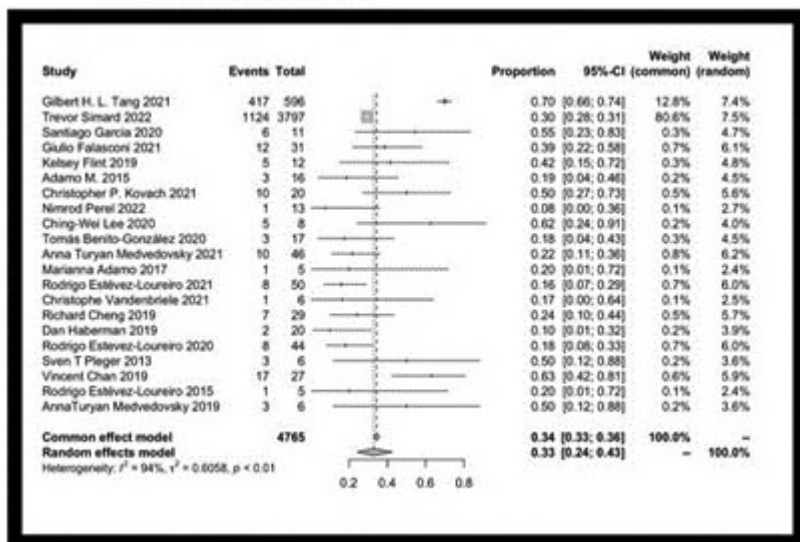


Figure 2: Long-term all-cause mortality



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

θηση $10,2 \pm 8,3$ μηνών, η ολική θνητότητα κυμάνθηκε στο ίδια επίπεδα [12% (95% CI: 6%-25%, I2 =55%)]. **Συμπέρασμα:** Η χρήση του MitraClip σε ασθενείς σοβαρού βαθμού MR και CS είναι ασφαλής και σχετίζεται με καλύτερα ποσοστά ενδοσοκομειακής και μακροχρόνιας επιβίωσης.

ΠΑ061 | Safety and effectiveness of transradial access for carotid artery stenting: a single-center initial experience and early follow-up
X. Sakellariou¹, D. Chatzis¹, K. Tsimos¹, G. Karaolanis¹, A. Efstathopoulos¹, K. Oikonomou¹, S. Nikopoulos¹, D. Sfairopoulos¹, P. Touloupis¹, E. Mastoridou¹, T. Kolettis¹, D. Nikas¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Carotid artery stenting (CAS) is usually performed through the femoral access. However, transradial approach is gradually incorporated into daily clinical practice due to the benefits regarding the vascular access-site complications and overall patient experience. Our study evaluates safety, effectiveness as well as event free survival during a 6-month follow-up period of transradial CAS undergoing with so called "tailored approach" to intervention, which is based on selecting the appropriate materials and techniques for the right patient. **Materials and methods:** Between August 2021 and January 2023, 22 patients underwent tailored approach transradial CAS by experienced operators, representing 8% of a total of 274 patients receiving CAS in our center within the same period of time. Nearly half of the patients (54.5%) were symptomatic. Indications for symptomatic patients included stenoses $\geq 50\%$ and increased surgical and post-surgery complication risk. Eligible asymptomatic patients had stenoses $\geq 80\%$ accompanied by decreased peri-procedural risk for complications and increased risk of stroke on best medical therapy. The tailored approach protocol included computed tomography angiography (CTA) in all patients, in order to select the appropriate access site depending on unfavorable great vessel variants and angulations, the suitable stent regarding type, size and dimensions and finally the best type of cerebral protection device. **Results:** Overall procedural success rate was 100% without any cardiovascular or cerebrovascular complication post-procedurally. Of note, transradial CAS was successfully performed in 95.5% of total patients and only 1 case (4.5%) required crossover to femoral approach due to inability to access common carotid artery. All CAS procedures were performed under distal cerebral protection using the 6Fr x 90cm Terumo DESTINATION™ guiding sheath and all patients received closed-cell Carotid WALLSTENT™ Endoprosthesis. Preprocedural imaging determined the preferred technique of carotid cannulation and since external carotid artery was patent, anchoring technique was preferred in all, but one (telescopic), cases (95.5%). The event free survival rates from all strokes or stroke-related deaths at 6 months of follow-up was 100%. Figure 1 shows a representative case managed by tailored approach. **Conclusions:** Transradial tailored approach CAS guided by pre-procedural CTA, appeared to be a safe and effective alternative method of carotid revascularization. A thorough non-invasive, diagnostic work-up reduces periprocedural risk for major complications and provides the opportunity to the operators to identify patients amenable to transradial access.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

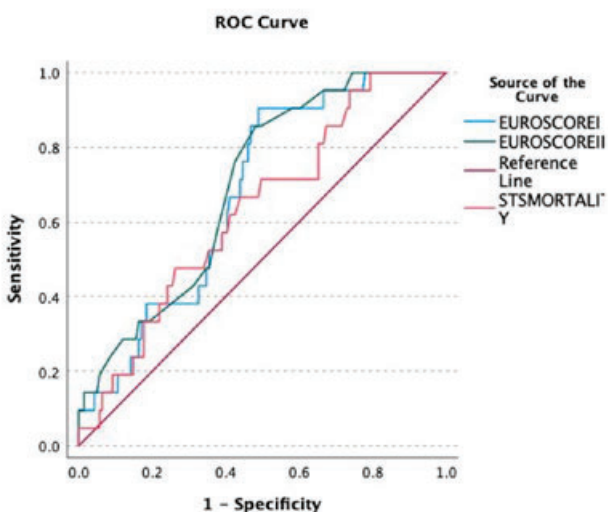
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ062 | Εγκυρότητα των 3 χειρουργικών σκορ κινδύνου στην πρόγνωση της θνησιμότητας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή επιδιόρθωση ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας

Κ. Σταθογιάννης¹, Μ. Χρυσοχέρης¹, Δ. Αραβαντινός¹, Κ. Κασιάνος¹, Π. Κουρκοβελή¹, Γ. Παττακός¹, Ν. Μπουμπούλης¹, Κ. Σπάργιας¹

¹ ΔΘΚ ΥΓΕΙΑ, ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ

Εισαγωγή/Σκοπός Τα χειρουργικά σκορ κινδύνου χρησιμοποιούνται για την πρόγνωση της θνησιμότητας σε ασθενείς με ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας που θα υποβληθούν σε επιδιόρθωση της βαλβίδας. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα σκορ κινδύνου για ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή επιδιόρθωση της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας (MV-TEER). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας των EuroSCORE, EuroSCORE II και STS score στην περι-επεμβατική και μακροπρόθεσμη θνησιμότητα στη MV-TEER. **Υλικό και μέθοδος** Συνολικά, 180 ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε MV-TEER τη δεκαετία 2011-2021 συμπεριλήφθηκαν. Έγινε σύγκριση μεταξύ της παρατηρηθείσας (30 ημέρες και 2 χρόνια) και της προβλεπόμενης θνησιμότητας. Η προγνωστική αξία κάθε σκορ κινδύνου, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση καμπυλών ROC και area under the curve (AUC) υπολογισμών. **Αποτελέσματα** Η παρατηρηθείσα θνησιμότητα στις 30 ημέρες και στα 2 χρόνια ήταν 13% και 53%, αντίστοιχα. Η προβλεπόμενη θνησιμότητα ήταν: 25.16 ± 14.67% για το EuroSCORE, 11.74 ± 6.60% για το EuroSCORE II και 6.33 ± 6.22% για το STS score. Η προγνωστική αξία όπως υπολογίστηκε από το AUC στις 30 ημέρες ήταν: 0.677 (p=0.001, 95% CI 0.574-0.780) για το EuroSCORE, 0.696 (p<0.01, 95%CI



0.594-0.799) για το EuroSCORE II και 0.632 (p=0.028, 95%CI 0.514-0.749) για το STS score (Εικόνα 1). Η προγνωστική αξία στα 2 χρόνια ήταν: 0.564 (p=0.161, 95%CI 0.475-0.653) για το EuroSCORE, 0.576 (p=0.092, 95%CI 0.487-0.665) για το EuroSCORE II και 0.552 (p=0.252, 95%CI 0.463-0.642) για το STS score. **Συμπεράσματα** Τα χειρουργικά σκορ που χρησιμοποιούνται για τη διαστρωμάτωση κινδύνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε MV-TEER παρέχουν ικανοποιητική προγνωστική αξία για την περι-επεμβατική θνησιμότητα, αλλά όχι για τη μακροπρόθεσμη θνησιμότητα.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ063 | ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2017-2023

Γ. Σπάγος², Π. Μουρβετίδης², Α. Ζιάκας¹, Μ. Διδάγγελος¹, Ι. Ζαρίφης², Α.Δ. Μαυρογιάννη², Β. Τζαλαμούρας², Γ. Μπομπότης³, Λ. Μόσιαλος³, Ν. Τσαναξίδης³, Α. Καρακανάς³, Ι. Στυλιάδης³

¹ Δ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ. ΑΧΕΠΑ

² Γ.Ν.ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

³ Γ.Ν.ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η στένωση της αορτικής βαλβίδας (AS) αποτελεί την συνηθέστερη πάθηση της βαλβίδας και η αντιμετώπιση της συνίσταται στην χειρουργική αντικατάσταση αυτής (SAVR). Υψηλό ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από AS δεν δύνανται να υποβληθούν σε μείζον χειρουργείο λόγω των συννοσηροτήτων. Από το 2002 όπου εισήχθη η διακαθετηριακή εμφύτευση της αορτικής βαλβίδας (TAVI) δόθηκε η δυνατότητα εναλλακτικής αντιμετώπισης των ασθενών με σοβαρή συμπτωματική AS. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η καταγραφή των επεμβάσεων TAVI που πραγματοποιήθηκαν στα 3 νοσοκομεία του ΕΣΥ της Θεσσαλονίκης (ΑΧΕΠΑ, Παπαγεωργίου, Παπανικολάου) από το 2017 μέχρι και το πρώτο εξάμηνο του 2023 και η ανάλυση επιδημιολογικών και κλινικών παραμέτρων των ασθενών προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα ως προς την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της συγκεκριμένης επέμβασης. **ΥΛΙΚΟ/ ΜΕΘΟΔΟΣ.** Χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από τα αρχεία καταγραφής των τριών νοσοκομείων για το χρονικό διάστημα από το έτος 2017 μέχρι και το πρώτο εξάμηνο του 2023. Για τη στατιστική ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 26. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.** Η επέμβαση TAVI πραγματοποιήθηκε σε 217 ασθενείς και συγκεκριμένα σε 112 άνδρες ηλικίας 83 ετών (58-91) και 105 γυναίκες ηλικίας 82 ετών (69-92). Από αυτούς το 53,7% έπαυσε από στεφανιαία νόσο, ενώ σε αγγειοπλαστική είχε υποβληθεί το 30,7%. Σε ποσοστό 2,3% των ασθενών πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική κατά τη διάρκεια της TAVI. Οι ασθενείς με προϋπάρχουσα αορτοστεφανιαία παράκαμψη ανέρχονταν σε ποσοστό 19,4%. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε ποσοστό 100% με διαμηριαία προσπέλαση. Η θνητότητα στον ένα χρόνο ήταν στο 10,8% με την ενδονοσοκομειακή να ανέρχεται στο 5,1% ενώ δεν καταγράφηκε θάνατος κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο , παροδικό εγκεφαλικό επεισόδια και μείζονες αιμορραγίες καταγράφηκε σε 1,4%, 0,5% και 7% αντίστοιχα. Η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη απαιτήθηκε στο 9,8%. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 7 ημέρες (2-42) ενώ ο χρόνος που απαιτήθηκε στην ΜΕΘ ήταν 2 ημέρες (2-38). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η TAVI αποτελεί τον εναλλακτικό τρόπο αντιμετώπισης της αορτικής στένωσης. Οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζονται μέχρι σήμερα είναι ηλικιωμένοι με σημαντικές συνοσηρότητες και ασθενείς οι οποίοι σε σημαντικό ποσοστό δεν θα υποβάλονταν σε οποιαδήποτε παρέμβαση. Η απόκτηση εμπειρίας και η βελτίωση των τεχνικών αποτελούν παραμέτρους οι οποίες σταδιακά περιορίζουν τα ανεπιθύμητα συμβάματα.

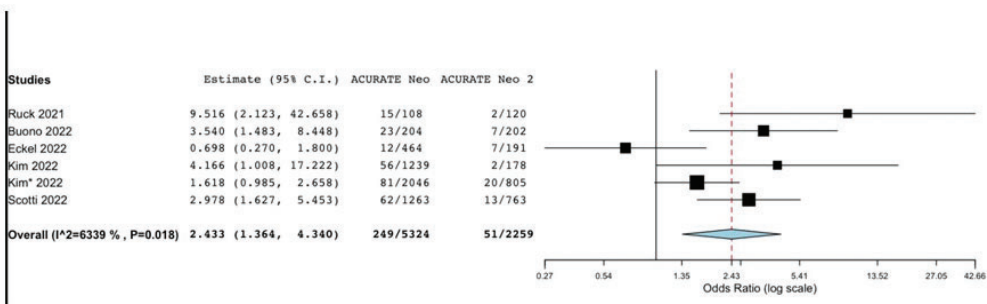
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ064 | Δύο γενιές αυτοεκπτυσσόμενων βαλβίδων ACURATE neo και ACURATE neo 2: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση
Λ. Κολιαστιάσης¹, Ο. Κατσαρός¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Ν. Κτενόπουλος¹, Α. Αποστολός¹, Θ. Κοροβέσης¹, Ι. Καχριμανίδης¹, Μ. Δρακοπούλου¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Τούτουζας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Οι ενδείξεις διαδερμικής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας διευρύνονται και νέες διακαθετηριακές συσκευές κυκλοφορούν στην αγορά. Η βαλβίδα ACURATE neo 2 είναι η δεύτερη γενιά της οικογένειας ACURATE και σχεδιάστηκε για να μειώσει τα ποσοστά παραβαλβιδικής ανεπάρκειας (ΠΒΑ). Η διαφορά στο σχεδιασμό της είναι η επέκταση και ενίσχυση της "ποδιάς" στεγανοποίησης στον αορτικό δακτύλιο. **Μέθοδοι** Η μελέτη έγινε βάσει των κριτηρίων PRISMA και είναι εγγεγραμμένη στο PROSPERO (ID: CRD42023401455). Έγινε συστηματική αναζήτηση βάσεων δεδομένων (Pubmed, Cochrane, CENTRAL, clinicaltrials.gov) για μελέτες που συνέκριναν τις δύο γενιές βάσει των κριτηρίων κατά VARC-3 βάσει οδηγιών PICO. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν τα ποσοστά μετρίου βαθμού και άνω ΠΒΑ στις 30 ημέρες. **Αποτελέσματα** Η αναζήτηση κατέληξε σε 6 μελέτες παρατήρησης (n ACURATE=5334, n ACURATE neo2=2267). Μέση ηλικία ήταν 82,1 έτη για ACURATE neo και 81,9 για ACURATE neo 2. Μέτρια ή σοβαρή ΠΒΑ συνέβη 2,43 φορές περισσότερο με την πρώτη γενιά (OR 95% CI 1.36-4.34). Odds ratio για τεχνική επιτυχία υπολογίστηκε στο 0.758 (95% CI 0.62-0.93) υπέρ της ACURATE neo2. Δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές σε επιτυχία συσκευής, θνητότητα και νέα εμφύτευση βηματοδότη. **Συμπεράσματα** Η βαλβίδα ACURATE neo 2 επέδειξε ασφάλεια και αποτελεσματικότητα, με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά ΠΒΑ από τον πρόγονό της.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ065 | Οι Επεμβατικοί Καρδιολόγοι στην Ομάδα Επείγουσας Θρομβεκτομής στο Οξύ Ισχαιμικό ΑΕΕ Αποτελέσματα από την Ηλεκτρονική Δημοσκόπηση (online poll) της Ομάδας Εργασίας ΑΕΕ

Ξ. Σακελλαρίου¹, Α. Τζίκας², Ε. Κορομπόκη³, Γ. Ντάιος⁴, Δ. Σαγρής⁴, Κ. Τσίμος¹, Α. Ευσταθόπουλος¹, Γ. Τριάντης⁵, Δ. Νίκας¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Δ' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

³ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

⁴ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

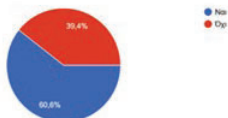
⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το Ισχαιμικό Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΙΑΕΕ) αποτελεί την πρώτη αιτία νοσηρότητας και αναπηρίας παγκοσμίως. Η άμεση αποκατάσταση της αιμάτωσης στη περιοχή του εγκεφάλου που ισχαιμεί αποτελεί τον μοναδικό τρόπο περιορισμού της αναπηρίας στον πάσχοντα ασθενή. Η επείγουσα μηχανική θρομβεκτομή (ΜΘΕ), αποτελεί την δραστικότερη μέθοδο αποκατάστασης της ισχαιμίας, με θεαματικά αποτελέσματα στην βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς (NNT = 3-4). Παρόλο που η αποτελεσματικότητα της θρομβεκτομής έχει αποδειχθεί, η εφαρμογή της περιορίζεται δραματικά λόγω της απουσίας ικανού αριθμού ειδικών Επεμβατικών Νευροακτινολόγων που μπορούν να εφαρμόσουν την μέθοδο σε επείγουσα βάση (24/7). Σε πολλές Χώρες οι Επεμβατικοί Καρδιολόγοι (ΕΚ) έχουν αναλάβει να καλύψουν αυτό το κενό. Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να

Επεμβατικοί Καρδιολόγοι στην Ομάδα Μηχανικής Θρομβεκτομής

Αποτελέσματα από την διαδραστική έρευνα (online Poll) - Δεκ 2022- Ιουλ 2023

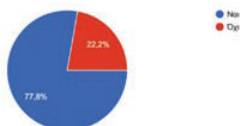
Γνωρίζετε τις βασικές αρχές διενέργειας Μηχανικής Θρομβεκτομής στο οξύ ΑΕΕ;
99 απαντήσεις



Είστε εσείς προσωπικά διαθέσιμος/α να Συμμετάχετε σε ομάδα Επείγουσας Μηχανικής Θρομβεκτομής, αν είστε καλά εκπαιδευμένος;
99 απαντήσεις



Γνωρίζετε τις τρέχουσες Επιστημονικές Ενδείξεις και Οφέλη της Μηχανικής Θρομβεκτομής στο οξύ ΑΕΕ;
99 απαντήσεις



Αν σας δίδονταν η ευκαιρία για εκπαίδευση ολίγων εβδομάδων στις επεμβάσεις Μηχανικής Θρομβεκτομής, θα διαθέτατε τον χρόνο σας;
99 απαντήσεις

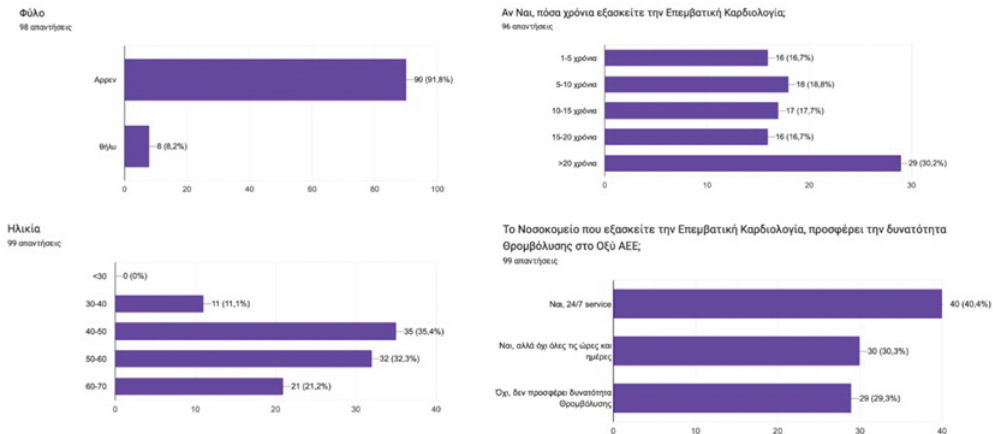


ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Επεμβατικοί Καρδιολόγοι στην Ομάδα Μηχανικής Θρομβεκτομής

Αποτελέσματα από την διαδικτυακή έρευνα (online Poll) - Δεκ 2022- Ιουλ 2023



διερευνήσει την δυνατότητα συμμετοχής ΕΚ στο πρόγραμμα ΜΘΕ. **Μέθοδος:** Διαδικτυακή συμπλήρωση ηλεκτρονικής φόρμας - Ερωτηματολόγιο (ΗΦΕ) - GoogleForm - ερωτήσεων/απαντήσεων. Η φόρμα ερωτήσεων προετοιμάστηκε από την Ομάδα Εργασίας ΑΕΕ, και διανεμήθηκε πολλαπλές φορές σε όλα τα μέλη της Ομάδας Εργασίας Επεμβατικής Καρδιολογίας μέσω της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρίας (ΕΚΕ). Περίοδος διανομής από τον Δεκ 2022-Ιουλ 2023. **Αποτελέσματα:** Το 1/3 (n=99, 33,3%) των ΕΚ συμμετείχαν στην μελέτη απαντώντας το ερωτηματολόγιο (ΗΦΕ). Από τους ερωτηθέντες το 39,6% ήταν έμπειροι ΕΚ με > χρόνια άσκησης. Το 53,5% των ερωτηθέντων αντιμετωπίζουν με κάποιο τρόπο ασθενείς με ΙΑΕΕ στα Νοσοκομεία τους, ενώ 48,9% δεν συμμετέχουν ποτέ στην ΟΞΕΙΑ αντιμετώπιση του ΙΑΕΕ. Η πλειοψηφία γνωρίζει τις βασικές τεχνικές αρχές ΜΘΕ (60,6%) και τα επιστημονικά δεδομένα οφέλους της (77,8%). Οι μισοί και πλέον των ΕΚ δηλώνουν ότι θα επιθυμούσαν να συμμετάσχουν σε ομάδα Επείγουσας θρομβεκτομής (55,6%) και θα αφιέρωναν χρόνο για να εκπαιδευτούν σωστά (48,5%). Η πλειοψηφία των θετικά ανταποκριόμενων διενεργεί αγγειοπλαστική καρωτίδων (87,5%) και εργάζονται σε Δημόσια Νοσοκομεία (69,7%) με περιορισμένη προσφορά θρομβόλυσης στο ΙΑΕΕ (59,6%). **Συμπέρασμα:** Ένας κρίσιμος, αλλά επαρκής αριθμός ΕΚ επιθυμεί να εκπαιδευτεί και να συμμετάσχει σε πρόγραμμα ΜΘΕ, έτσι ώστε να καλυφθεί ο απαιτούμενος αριθμός κέντρων και Επεμβατικών για την επαρκή προσφορά της ΜΘΕ (24/7) σε όλους τους ασθενείς με ΙΑΕΕ.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

11.00-11.30 Διάλειμμα / Break

11.30-12.30 Καρδιακή ανεπάρκεια I

Πρόεδροι: Π. Ανδρόνικος (Μυτιλήνη), Ν. Σμυρνιούδης (Χίος)

ΠΑ066 | Τα κυκλοφορούντα επίπεδα Αβ1-40 σχετίζονται με την καρδιακή αναδιαμόρφωση και την μυοκαρδιακή ανάκαμψη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου

Κ. Σταματελόπουλος¹, Δ. Μπαμπατσιάς¹, Χ. Κυριακόπουλος², Κ. Sorona³, Γ. Γεωργιόπουλος¹, R. Hamouche², T. Shankar², Ε. Τσέλιου², Μ. Bonios², S. Tual-Chalot⁴, Ι. Κυριαζής⁵, C. Selzman², Κ. Δροσάτος⁶, Κ. Στέλλος³, Σ. Δράκος²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Nora Eccles Harrison Cardiovascular Research and Training Institute (CVRTI) & Divisions of Cardiovascular Medicine and Cardiothoracic Surgery, University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, Utah,

³ European Center for Angioscience, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Mannheim, Germany

⁴ Biosciences Institute, Vascular Biology and Medicine Theme, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University, Newcastle Upon Tyne, UK

⁵ Department of Medicine and Department of Biochemistry and Biotechnology, University of Thessaly, Larisa, Greece

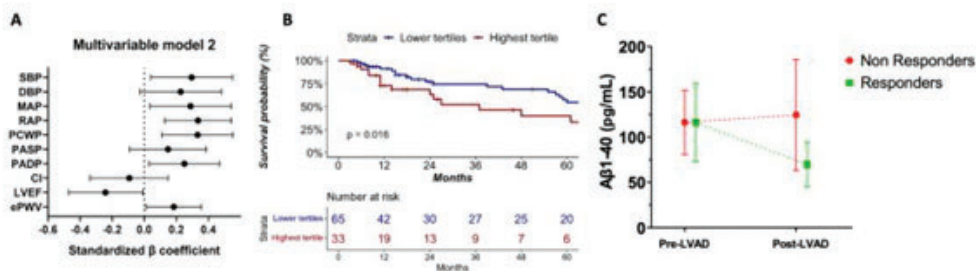
⁶ Metabolic Biology Laboratory, University of Cincinnati College of Medicine, Cardiovascular Research Center, Cincinnati, Ohio, USA

Ιστορικό: Μια υποομάδα ασθενών με συσκευή υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας (LVAD) μπορεί να παρουσιάσει αντίστροφη αναδιαμόρφωση και μυοκαρδιακή ανάκαμψη αλλά δεν υπάρχουν προγνωστικοί και θεραπευτικοί βιοδείκτες. Το αμυλοειδές-β 1-40 (Αβ1-40), ένα πεπτιδίο μήκους 40 αμινοξέων, έχει συσχετιστεί με τη γήρανση του μυοκαρδίου, την καρδιακή αναδιαμόρφωση, τον αυξημένο κίνδυνο για καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και τη χειρότερη έκβαση ασθενών με ΚΑ. **Σκοπός:** Η μελέτη της σχέσης του κυκλοφορούντος Αβ1-40 και: α) δεικτών μυοκαρδιακής αναδιαμόρφωσης και αιμοδυναμικής κατάστασης σε ΚΑ τελικού σταδίου και β) της μυοκαρδιακής αποφόρτισης και ανάκαμψης μετά από LVAD. **Μέθοδοι:** Το Αβ1-40, μετρήθηκε με ELISA στο πλάσμα 98 ασθενών με ΚΑ τελικού σταδίου πριν από την εμφύτευση LVAD και σε 20 από αυτούς 3-12 μήνες μετά. Η ανταπόκριση στην LVAD ορίστηκε ως κλάσμα εξώθησης (ΚΕ)>% και τελική διαστολική διάμετρος αριστερής κοιλίας (ΑΚ) ≤ 59 mm στους 3 έως 12 μήνες μετά. **Αποτελέσματα:** Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνδρες (N=84, 85,7%), σχετικά νέοι (μέση ηλικία=57,16 έτη, SD=16,30), με διάμεση διάρκεια συμπτωμάτων ΚΑ 72 μήνες [διατεταρτημοριακό εύρος =13,49-120). Το Αβ1-40 συσχετίστηκε

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ανεξάρτητα με την πίεση του δεξιού κόλπου (RAP), την πίεση ενσφύγωσης των πνευμονικών τριχοειδών (PCWP), αρτηριακή σκληρία όπως υπολογίζεται από την εκτιμώμενη ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (ePWV) και το ΚΕ (18,7%, 12,6% , 2,9% αύξηση και 8,5% μείωση ανά 1-SD αύξηση του Αβ1-40 αντίστοιχα). Τα επίπεδα του Αβ1-40 εμφάνιζαν προγνωστική αξία, καθώς οι ασθενείς που ανήκαν στο ανώτερο τριτημόριο Αβ1-40 εμφάνιζαν χειρότερη επιβίωση, σε σχέση με τους ασθενείς που ανήκαν στα κατώτερα τριτημόρια, (log-rank p value- 0.016). Επιπλέον, μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης Cox, οι



Εικόνα 1. Α) Συσχετίσεις του Αβ1-40 με αιμοδυναμικές παραμέτρους σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου πριν από την εμφύτευση LVAD. Ο τυποποιημένος συντελεστής αντιπροσωπεύει τον αριθμό των τυπικών αποκλίσεων που θα μεταβληθεί η εξαρτημένη μεταβλητή ανά μία τυπική απόκλιση αύξησης του Αβ1-40. Γενικευμένο γραμμικό μοντέλο προσαρμοσμένο για την ηλικία, το φύλο, το eGFR, τη διάρκεια των συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας, τον καρδιακό δείκτη και το Αβ1-40. Β) Καμπύλη Kaplan Meier για την επιβίωση των ασθενών στο υψηλότερο τριτημόριο Αβ1-40 (κόκκινη γραμμή) έναντι των ασθενών στα χαμηλότερα τριτημόρια Αβ1-40 (μπλε γραμμή). Η τιμή p προέκυψε από το log rank test. Γ) Προοπτικές μεταβολές του Αβ1-40 σε άτομα που ανταποκρίθηκαν έναντι ατόμων που δεν ανταποκρίθηκαν. Μέση διαφορά= -55pg/mL, (-98,3, -11,8), p για αλληλεπίδραση=0,013. Συντομογραφίες: SBP= systolic blood pressure, DBP= diastolic blood pressure, MAP= mean arterial pressure, RAP= right atrial pressure, PCWP= pulmonary capillary wedge pressure, PASP= pulmonary artery systolic pressure, PADP= pulmonary artery diastolic blood pressure, CI= cardiac index, LVEF= left ventricular ejection fraction, ePWV= estimated pulse wave velocity, Αβ1-40= Amyloid beta 1-40, LVAD= left ventricular assist device.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Πίνακας. Μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές συσχετίσεις του Αβ1-40 με αιμοδυναμικές παραμέτρους σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου πριν από την εμφύτευση LVAD.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Μονοπαραγοντική ανάλυση	P-value	Πολυπαραγοντική ανάλυση (Μοντέλο 1)	P-value	Πολυπαραγοντική ανάλυση (Μοντέλο 2)	P-value
Συστολική αρτηριακή πίεση	0.279 (0.076,0.482)	0.009	0.288 (0.037,0.539)	0.028	0.295 (0.040,0.550)	0.026
Διαστολική αρτηριακή πίεση	0.332 (0.133,0.531)	0.002	0.227 (-0.024,0.477)	0.080	0.227 (-0.027,0.481)	0.083
Μέση αρτηριακή πίεση	0.357 (0.159,0.554)	0.001	0.284 (0.034,0.534)	0.029	0.288 (0.034,0.542)	0.029
Πίεση δεξιού κόλπου	0.257 (0.06,0.452)	0.012	0.337 (0.131,0.544)	0.002	0.335 (0.127,0.543)	0.002
Πίεση ενσφίγισης των πνευμονικών τριχοειδών	0.196 (-0.000<0.392)	0.053	0.347 (0.125-0.568)	0.003	0.332 (0.111,0.552)	0.004
Συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας	0.123 (-0.077,0.322)	0.231	0.160 (-0.079,0.398)	0.193	0.148 (-0.092,0.387)	0.231
Διαστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας	0.209 (0.012,0.406)	0.040	0.269 (0.048,0.490)	0.019	0.250 (0.030,0.471)	0.028
Καρδιακός δείκτης	-0.030 (-0.233,0.173)	0.774	-0.090 (-0.331,0.152)	0.467	-0.093 (-0.337,0.150)	0.455
Καρδιακή παροχή	0.014 (-0.190,0.218)	0.893	-0.033 (-0.272,0.206)	0.787	-0.039 -0.279 0.202	0.753
BNP	-0.020 (-0.235,0.195)	0.854	-0.005 (-0.275,0.266)	0.974	-0.013 (-0.283,0.256)	0.924
Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας	-0.139 (-0.338,0.059)	0.171	-0.241 (-0.470, -0.012)	0.042	-0.242 (-0.473, -0.010)	0.044
Εκτιμώμενη ταχύτητα σφυγμικού κύματος *	0.151 (-0.071,0.373)	0.187	0.190 (0.021,0.359)	0.031	0.184 (0.012,0.355)	0.04

Οι αριθμοί υποδεικνύουν τον τυποποιημένο συντελεστή β και οι αριθμοί σε παρένθεση υποδεικνύουν τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95%, μετά από ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ασθενείς στο ανώτερο τρίτημόριο εμφάνιζαν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (HR= , p-value=). Οι ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στην LVAD μείωσαν σημαντικά τα επίπεδα του Αβ1-40 σε σύγκριση με τους μη ανταποκρινόμενους (p for interaction=0,013). Οι μεταβολές του Αβ1-40 συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με μεταβολές της RAP και της PCWP (μέση μεταβολή 1,35 και 1,61mmHg ανά 1-SD μεταβολή του Αβ1-40, p=0,02, αντίστοιχα). **Συζήτηση:** Το κυκλοφορούν Αβ1-40 σχετίζεται με την ανάκαμψη του μυοκαρδίου μετά την υποστήριξη με LVAD, εμφανίζει ανεξάρτητη προγνωστική αξία ενώ οι μεταβολές του Αβ1-40 συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με τις μεταβολές στο προφορτίο της δεξιάς και της αριστερής κοιλίας.

Ο τυποποιημένος συντελεστής αντιπροσωπεύει τον αριθμό των τυπικών αποκλίσεων που θα μεταβληθεί η εξαρτημένη μεταβλητή ανά μία τυπική απόκλιση αύξησης του Αβ40.

Το πολυπαραγοντικό μοντέλο 1 περιλαμβάνει την ηλικία, το φύλο, το eGFR, τον καρδιακό δείκτη, Αβ40.

Το πολυμεταβλητό μοντέλο 2 περιλαμβάνει την ηλικία, το φύλο, το eGFR, τον καρδιακό δείκτη, το Αβ40, τη διάρκεια των συμπτωμάτων ΚΑ.

*10 ασθενείς με ePWV <6 m/s εξαιρέθηκαν.

Η ePWV υπολογίστηκε με τη χρήση των τύπων που παρέχονται στο "Reference Values for Arterial Stiffness" Collaboration. Determinants of pulse wave velocity in healthy people and in the presence of cardiovascular risk factors: 'establishing normal and reference values. Eur Heart J. 2010 Oct;31(19):2338-50."

ΠΑ067 | Βραχυπρόθεσμη έκβαση ασθενών με απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας που εισάγονται σε παθολογικές κλινικές

Μ. Α. Μπαζμπάνη¹, Χ. Παπαναστασίου¹, Β. Γιαμπατζής², Β. Δήμου³, Β. Καμπερίδης¹, Π. Ρούσκακας¹, Θ. Ζέγκος¹, Ι. Μπαρουξάκη¹, Μ. Πόντη¹, Π. Ζεμπεκάκης⁴, Χ. Σαββόπουλος⁵, Κ. Χαράλαμπος¹, Γ. Ευθυμιάδης¹, Α. Ζιάκας¹, Θ. Καραμήτσος¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η απορρύθμιση της καρδιακής ανεπάρκειας συχνά πυροδοτείται από μη καρδιακά αίτια. Ως αποτέλεσμα, ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) ως πρωτεύουσα ή δευτερεύουσα διάγνωση συχνά εισάγονται και νοσηλεύονται σε παθολογικές κλινικές. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της βραχυπρόθεσμης έκβασης αυτών των ασθενών συγκριτικά με τους ασθενείς με ΚΑ που νοσηλεύονται σε καρδιολογικές κλινικές. **Υλικό και μέθοδος** Διεεργήθηκε προοπτική μελέτη παρατήρησης από το Νοέμβριο του 2018 έως και τον Ιούλιο του 2022, στην οποία συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με νοσηλεία

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας στις παθολογικές κλινικές και στην καρδιολογική κλινική του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ ανεξαρτήτως του κλάσματος εξώθησης. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν το συνδυασμένο καταληκτικό σημείο της ενδονοσοκομειακής θνητότητας και των επανανοσηλείων για καρδιακή ανεπάρκεια στις 30 ημέρες μετά το εξιτήριο. **Αποτελέσματα** Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 302 ασθενείς με καρδιακή ανε-

Πίνακας 1. Διαφορές στα ενδονοσοκομειακά συμβάματα και τις στρατηγικές παρακολούθησης ασθενών με ΚΑ που νοσηλεύθηκαν σε καρδιολογική και παθολογικές κλινικές.

	Παθολογικοί ασθενείς N = 137	Καρδιολογικοί ασθενείς N = 165	p-Value
Διάρκεια νοσηλείας, ημέρες	8 (2, 43)	8 (2, 63)	0.64
Ενδονοσοκομειακή θνητότητα, %	29 (21%)	10 (6%)	<0.001
Σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάματα, %	21 (15%)	23 (14%)	0.25
Μεταφορά σε Στεφανιαία Μονάδα/ΜΕΘ	20 (14.5%)	55 (33%)	<0.001
Χορήγηση ινотρόπων, %	8 (5%)	24 (15%)	0.02
Χορήγηση ενδοφλέβιων διουρητικών, %	129 (94%)	154 (93%)	0.65
Χορήγηση αγγειοδιασταλτικών, %	13 (9%)	13 (8%)	0.61
Στρατηγικές παρακολούθησης, %	N = 108	N = 155	<0.001
Ιατρεία ΚΑ	4 (3.7%)	45 (29%)	
Πρωτοβάθμια περίθαλψη	31 (28.7%)	46 (29.7%)	
Καμία	73 (67.6%)	64 (41.3%)	

Πίνακας 2. Πολυπαραγοντική ανάλυση με προγνωστικούς παράγοντες του πρωτογενούς καταληκτικού σημείου (ενδονοσοκομειακή θνητότητα και επανανοσηλείες για ΚΑ στις 30 ημέρες μετά το εξιτήριο).

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-Value
Ηλικία	0.97	0.97–1.03	0.72
Εισαγωγή σε παθολογική κλινική	3.74	1.72–8.12	0.001
Λειτουργική κλάση κατά NYHA (III, IV)	1.87	1.06–3.30	0.03
Κλάσμα εξώθησης	0.68	0.47–0.97	0.04
Πνευμονοπάθεια	1.61	0.81–3.19	0.17
C- αντιδρώσα πρωτεΐνη	1.03	0.98–1.08	0.23

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

πάρκεια εκ των οποίων οι 137 (45%) νοσηλεύθηκαν σε παθολογικές κλινικές και οι 165 (55%) σε καρδιολογική κλινική. Η διάρκεια της νοσηλείας δε διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων [8 ημέρες (2, 43) vs 8 ημέρες (2, 63), $p=0.64$]. Οι ασθενείς που εισήχθησαν σε παθολογική κλινική είχαν υψηλότερη ενδονοσοκομειακή θνητότητα συγκριτικά (21% vs 6%, $p<0.001$). Η κλιμάκωση της αγωγής με τη χορήγηση ινотρόπων ήταν συχνότερη για τους καρδιολογικούς ασθενείς (15% vs 5%, $p=0.02$) όπως επίσης και η μεταφορά σε Στεφανιαία Μονάδα/Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (33% vs 14.5%, $p<0.001$). Επιπλέον, οι ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο από καρδιολογική κλινική παρακολουθούνταν συχνότερα σε ειδικά ιατρεία ΚΑ (Πίνακας 1). Η εισαγωγή σε παθολογική κλινική σχετίστηκε με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης του πρωτογενούς καταληκτικού σημείου τόσο κατά τη μονοπαραγοντική [OR: 3.2, 95% CI (1.8-5.7); $p < 0.001$] όσο και κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση [OR: 3.74, 95% CI (1.72-8.12); $p = 0.001$] (Πίνακας 2). Επιπλέον οι επανανοσηλείες για απορρύθμιση ΚΑ στους 6 μήνες μετά το εξιτήριο ήταν συχνότερες στους παθολογικούς ασθενείς [HR 1.65, 95% CI (1.1, 2.4), $p = 0.01$]. **Συμπεράσματα** Η εισαγωγή ασθενών με ΚΑ σε παθολογική κλινική αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα κινδύνου ενδονοσοκομειακής θνητότητας και επανανοσηλείων για απορρύθμιση ΚΑ στις 30 ημέρες και στους 6 μήνες μετά το εξιτήριο.

ΠΑ068 | Ο συνδυασμός υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών μυοκαρδιακής παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας και παραμέτρων καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κοπώσεως όσον αφορά στην πενταετή επιβίωση ασθενών με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια
Α. Φάμπρη¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Δ. Μπίρμπα¹, Δ. Μπενάς¹, Ι. Οικονομίδης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

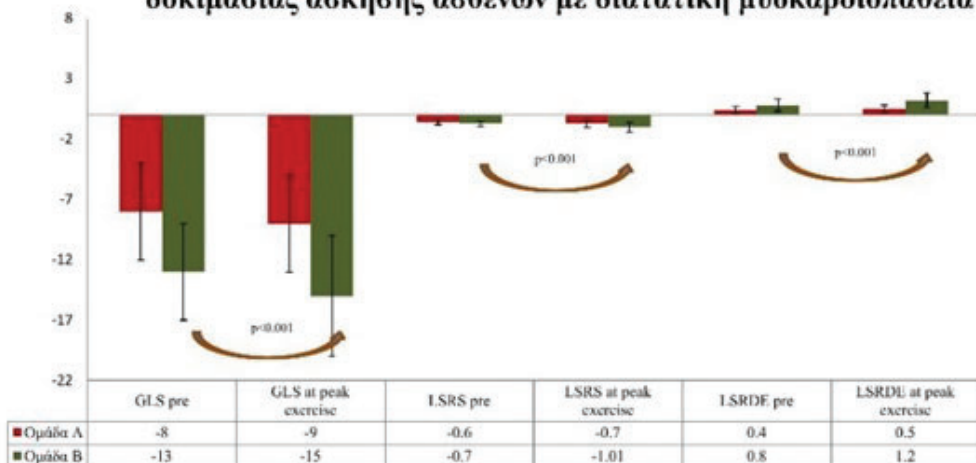
Εισαγωγή: Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κοπώσεως (CPET) προσδιορίζει την αερόβια ικανότητα προς άσκηση και την πρόγνωση ασθενών με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (DCM) μέσω της μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου ($peakVO_2$) και της κλίσης VE/VCO_2 . Οι υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες μυοκαρδιακής παραμόρφωσης (MDI), επιτρέπουν την αξιολόγηση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του προγνωστικού ρόλου των MDI στην ηρεμία και τη μέγιστη άσκηση και CPET παραμέτρων όσον αφορά στην επιβίωση DCM ασθενών με μειωμένο κλάσμα εξωθήσεως (ΚΕ). **Υλικό-Μέθοδος:** Όλοι οι DCM ασθενείς ($n=56$, 54 ± 12 ετών, 73% άνδρες, ΚΕ: $33\pm 9\%$) υποβλήθηκαν σε CPET. Εκτιμήσαμε τη συνολική επιμήκη μυοκαρδιακή παραμόρφωση (GLS), το ρυθμό επιμήκους μυοκαρδιακής παραμόρφωσης στη συστολή (LSRS) και διαστολή (LSRD) και κυκλωτές strain (CircS) στην ηρεμία και τη μέγιστη CPET κόπωση καθώς και τις CPET παραμέτρους. Ορίσαμε ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο το συνδυασμό θανάτου κάθε αιτιολογίας και τη μεταμόσχευση καρδιάς. Μετά την πάροδο 5.4 ± 1 ετών, όλοι οι DCM ασθενείς αξιολογήθηκαν ως προς το πρωτογενές καταληκτικό σημείο. **Αποτελέσματα:** Από το συνολικό πληθυσμό, 9 ασθενείς (16%) κατέληξαν στο πρωτογενές καταληκτικό ση-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

μείο [2 ασθενείς υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση καρδιάς/7 ασθενείς απεβίωσαν (Ομάδα A, 61±12 ετών, 89% άνδρες, ΚΕ: 28±9%)] ενώ 47 ασθενείς παρέμειναν ζωντανοί κατά τη 5ετή παρακολούθηση (Ομάδα B, 53±12 ετών, 70% άνδρες, ΚΕ: 34±9%). Οι ασθενείς της Ομάδας A είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($p=0.05$), μειωμένες τιμές ΚΕ ($p=0.06$), GLS στην ηρεμία ($p=0.001$) και τη μέγιστη άσκηση ($p=0.003$), LSRS στην ηρεμία ($p=0.05$) και τη μέγιστη άσκηση ($p=0.01$), LSRDE στη μέγιστη άσκηση ($p=0.006$) και το CircS στην ηρεμία ($p=0.01$). Μόνο οι ασθενείς της Ομάδας B βελτίωσαν τους MDI κατά την άσκηση ($p<0.001$). Οι ασθενείς της Ομάδας A εμφάνιζαν μειωμένη τιμή χρονοτρόπου εφεδρείας ($p=0.003$), %επιτευχθέντος φορτίου ($p=0.01$), %peak VO₂ ($p=0.01$) και peak VO₂/kg, ($p=0.03$), circulatory power ($p=0.02$), ventilatory power ($p=0.003$) και αυξημένη τιμή κλίσης VE/VCO₂ ($p<0.001$) συγκρινόμενοι με τους ασθενείς της Ομάδας B. **Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός πρωτοκόλλου CPET με την ταυτόχρονη υπερηχογραφική εκτίμηση λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας (νέοι δείκτες μυοκαρδιακής παραμόρφωσης) μπορούν να αναδείξουν την πραγματική βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας DCM ασθενών και μειωμένο ΚΕ και να καθοδηγήσουν ως προς την εντατικότερη θεραπεία των ασθενών αυτών λόγω της δυσμενούς πρόγνωσης.

Μεταβολές των MDI στο peak της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας άσκησης ασθενών με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ069 | Changes in Cardiorespiratory Fitness and Risk of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction

A. Pittaras¹, C. Faselis², C. Grassos³, M. Doulas⁴, P. Kokkinos²

¹ MEDITON MEDICAL CENTER, VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA

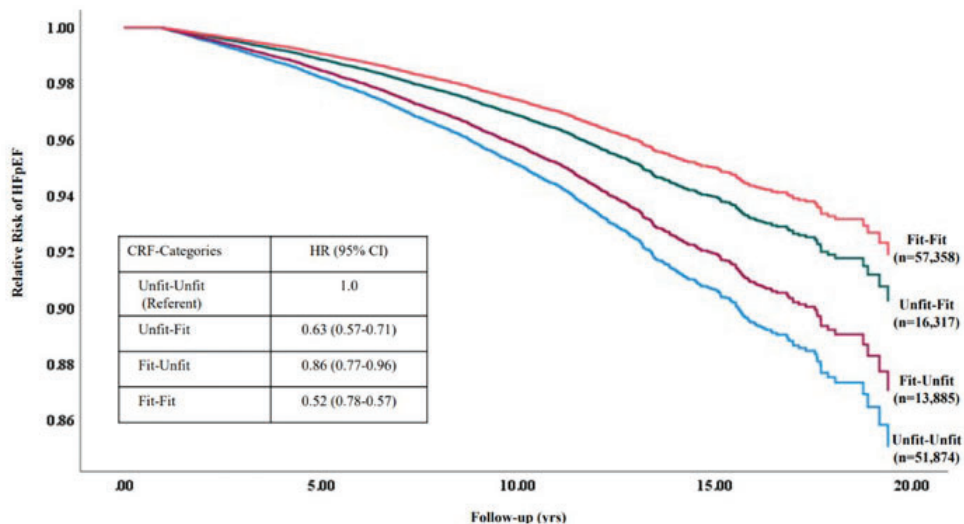
² VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) incidence is rising among adults. Preventive strategies include pharmacotherapies and lifestyle modifications. However, the association between cardiorespiratory fitness (CRF) assessed objectively by a standardized exercise treadmill test (ETT) and the risk of HFpEF has not been evaluated. **Methods:** We included subjects who completed a symptom-limited exercise treadmill test (ETT) and had no evidence of HF or myocardial infarction prior to ETT. We assigned participants to one of five age-and-gender-specific CRF categories (quintiles) based on peak metabolic equivalents (METs) achieved during the ETT and four categories based on CRF changes in those with two ETT evaluations (n=139,434) ≥1.0 year apart. The primary endpoint was HFpEF incidence. We compared risk of HFpEF across CRF categories with Cox proportional hazard models adjusted for age, comorbidities, and medications. **Findings:** We evaluated 667,730 participants (mean age 60.8±9.8 years). During the median follow-up of 10.1 years (IQR 6.0-14.3 years), providing



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

6,879,229 person-years, there were 16,493 HFpEF events with an average annual rate of 2.4 events per 1,000 person-years. The risk of HFpEF decreased across CRF categories as CRF increased, independent of comorbidities. For fit individuals (≥ 10.5 METs) the hazard ratio (HR) was 0.48 (95% CI 0.46-0.51) compared with least fit (≤ 4.9 METs; referent). Being unfit carried the highest risk (HR, 2.88; 95% CI, 2.67-3.11) of any other comorbidity. The risk of unfit individuals who became fit was 37% lower (HR 0.63, 95% CI 0.57-0.71), compared to those who remained unfit. **Interpretation:** Higher CRF levels are independently associated with lower HRpEF in a dose-response manner. Changes in CRF reflected proportional changes in HFpEF risk, suggesting that the HFpEF risk was modulated by CRF.

ΠΑ070 | Επίδραση της Σακουμπιτρίλης/Βαλσαρτάνης και της εναλαπρίλης στη λειτουργία της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες μετά από μεταμόσχευση μυελού των οστών

Κ. Κατωγιάννης¹, Μ. Σταμούλη¹, Γ. Μακαβός¹, Δ. Τσιλιβαράκης¹, Γ. Α. Κολιού¹, Δ. Βυθούλας¹, Π. Τσιριγώτης¹, Ι. Οικονομίδης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Η χημειοθεραπεία είναι γνωστή για τις πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις της στο μυοκάρδιο. Η βέλτιστη φαρμακευτική θεραπεία για καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να αντιστρέψει τη δυσλειτουργία του μυοκαρδίου, όταν χορηγηθεί στα πρώτα στάδια ανάπτυξης καρδιοτοξικότητας από χημειοθεραπεία. Υποθέσαμε ότι η πρώιμη έναρξη της θεραπείας με σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη ή εναλαπρίλη θα μπορούσε να αποτρέψει την ανάπτυξη καρδιοτοξικότητας. **Ασθενείς και μέθοδοι:** 90 ασθενείς (μέση ηλικία 45.7 ± 14.1 έτη, 52 άνδρες) με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας, που έπασχαν από αιματολογικές κακοήθειες (λέμφωμα, λευχαιμία) και υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη 24/26 mg δις ημερησίως ή εναλαπρίλη 5 mg δις ημερησίως ή εικονικό φάρμακο. Μετρήσαμε μόλις πριν τη μεταμόσχευση μυελού καθώς και έξι μήνες μετά από αυτή: i) τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS) με τεχνική speckle tracking, ii) το συνολικό έργο (GWI), το ωφέλιμο έργο (GCW), το σπαταλούμενο έργο (GWW) και την απόδοση ως προς το έργο της αριστερής κοιλίας της (GWE), μέσα από καμπύλες επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας και περιφερικής αρτηριακής πίεσης και iii) το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) με τη μέθοδο Simpson. **Αποτελέσματα:** Οι τρεις κατηγορίες ασθενών είχαν παρόμοια χαρακτηριστικά ως προς την ηλικία, το φύλο, τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και τα χημειοθεραπευτικά σχήματα που είχαν λάβει πριν και μετά τη μεταμόσχευση του μυελού των οστών. Σε σχέση με πριν τη μεταμόσχευση, οι ασθενείς που έλαβαν σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη ή εναλαπρίλη για έξι μήνες δεν επιδείνωσαν τις τιμές της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας (-19.8 ± 2.8 vs $-19.3 \pm 4.1\%$, $p=0.403$, σακ/βαλ, -20.3 ± 2.8 vs $-20.0 \pm 3.6\%$, $p=0.634$, εναλαπρίλη). Αντίθετα οι ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο για έξι μήνες παρουσίασαν μια σημαντική επιδείνωση της επιμήκους πα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας ($-20.9 \pm 2.1\%$ vs -18.5 ± 2.2 , $p=0.001$). Όσον αφορά το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας, ενώ οι ασθενείς που έλαβαν σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη ή εναλαπρίλη για έξι μήνες δεν παρουσίασαν μεταβολή, όσοι έλαβαν εικονικό φάρμακο για έξι μήνες παρουσίασαν μια οριακή μείωση (57.5 ± 4.9 vs $57.9 \pm 6.8\%$, $p=0.826$, σακ/βαλ, 58.8 ± 5.4 vs $60.7 \pm 7.1\%$, $p=0.419$, εναλαπρίλη, 60.6 ± 5.4 vs $57.7 \pm 6.7\%$, $p=0.045$, εικονικό φάρμακο). Στην ομάδα που έλαβε εναλαπρίλη, δε σημειώθηκε καμιά μεταβολή μετά από έξι μήνες όσον αφορά τους δείκτες του μυοκαρδιακού έργου (GWi, GCW, GWW, GWE,

Sacubitril/
valsartan

	Baseline	6 months	<i>p</i>
LVEDV (ml)	102.3±26.9	96.3±24.9	0.160
LVESV (ml)	44.5±15.4	41.6±17.5	0.085
EF (%)	57.5±4.9	57.9±6.8	0.826
GLS (%)	-19.8±2.8	-19.3±4.1	0.403
GWI (mmHg%)	1810±365.9	1770.6±469.5	0.720
GCW (mmHg%)	2065.8±409.8	2020.2±487.3	0.719
GWW (mmHg%)	111.5±75.7	86.4±43.1	0.045
GWE (%)	94.2±3.1	95.8±1.8	0.030

Enalapril

	Baseline	6 months	<i>p</i>
LVEDV (ml)	102.3±26.9	96.3±24.9	0.160
LVESV (ml)	44.5±15.4	41.6±17.5	0.085
EF (%)	57.5±4.9	57.9±6.8	0.826
GLS (%)	-19.8±2.8	-19.3±4.1	0.403
GWI (mmHg%)	1810±365.9	1770.6±469.5	0.720
GCW (mmHg%)	2065.8±409.8	2020.2±487.3	0.719
GWW (mmHg%)	111.5±75.7	86.4±43.1	0.045
GWE (%)	94.2±3.1	95.8±1.8	0.030

Placebo

	Baseline	6 months	<i>p</i>
LVEDV (ml)	97.1±24.4	92.3±23.1	0.270
LVESV (ml)	40.3±12.1	38.9±10.9	0.129
EF (%)	58.8±5.4	60.7±7.1	0.419
GLS (%)	-20.3±2.8	-20.0±3.6	0.634
GWI (mmHg%)	1867.3±441.9	1884.2±352.6	0.837
GCW (mmHg%)	2133.6±468.4	2139.6±353.4	0.946
GWW (mmHg%)	99.7±82.7	95.3±63.8	0.831
GWE (%)	95.0±3.3	95.2±2.5	0.809

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

$p > 0.05$). Επίσης, σε όσους έλαβαν σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη το GWE βελτιώθηκε (94.2 ± 3.1 vs 95.8 ± 1.8 %, $p = 0.030$) και το GWW μειώθηκε (111.5 ± 75.7 vs 86.4 ± 43.1 mmHg%, $p = 0.045$), ενώ το GWI και το GCW παρέμειναν αμετάβλητα μετά από έξι μήνες. Αντίθετα, σε όσους έλαβαν εικονικό φάρμακο, το GWI μειώθηκε (1909.9 ± 336.4 vs 1727.9 ± 340.9 mmHg%, $p = 0.027$), το GWW αυξήθηκε (80.7 ± 60.6 vs 110.6 ± 65.1 mmHg%, $p = 0.045$), το GWE μειώθηκε (94.2 ± 3.1 vs 95.8 ± 1.8 %, $p = 0.030$), ενώ το GCW δε μεταβλήθηκε μετά από έξι μήνες. **Συμπεράσματα:** Η αγωγή με σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη ή εναλαπρίλη εμπόδιζε την επιδείνωση της μυοκαρδιακής λειτουργίας έξι μήνες μετά την μεταμόσχευση του μυελού των οστών σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Επιπλέον, η σακουμπιτρίλη βαλσαρτάνη έδειξε μια επιπλέον ευνοϊκή δράση όσον αφορά το μυοκαρδιακό έργο.

ΠΑ071 | Διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά, τις συννοσηρότητες και τις εργαστηριακές παραμέτρους σε ασθενείς με απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας που νοσηλεύονται σε παθολογικές κλινικές συγκριτικά με τους ασθενείς σε καρδιολογικές κλινικές

Μ. Α. Μπαζμπάνη¹, Χ. Παπαναστασίου¹, Β. Γιαμπατζής², Β. Β. Δήμου³, Β. Καμπεριδής¹, Π. Ρούσκας¹, Θ. Ζέγκος¹, Ι. Μπαρουξάκη¹, Μ. Πόντη¹, Π. Ζεμπεκάκης⁴, Χ. Σαββόπουλος¹, Χ. Καρβούνης¹, Γ. Ευθυμιάδης¹, Α. Ζιάκας¹, Θ. Καραμήτσος¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁵ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η απορρύθμιση της καρδιακής ανεπάρκειας αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες εισαγωγής στο νοσοκομείο. Συχνά, οι ασθενείς με ΚΑ εισάγονται για μη καρδιολογικά αίτια και αντιμετωπίζονται σε παθολογικές κλινικές. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διαφορών στα βασικά χαρακτηριστικά, τις συννοσηρότητες και τις εργαστηριακές παραμέτρους στους ασθενείς με απορρύθμιση ΚΑ που εισάγονται σε παθολογικές κλινικές συγκριτικά με τους ασθενείς που αντιμετωπίζονται από Καρδιολόγους. **Υλικό και μέθοδος** Διενεργήθηκε προοπτική μελέτη παρατήρησης από τον Νοέμβριο του 2018 έως και τον Ιούλιο του 2022, στην οποία συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με νοσηλεία για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας στις παθολογικές κλινικές και στην καρδιολογική κλινική του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ ανεξαρτήτως του κλάσματος εξώθησης. Καταγράφηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, δείκτης μάζας σώματος, ιστορικό νοσηλιών ΚΑ), οι συννοσηρότητες όπως προέκυψαν από το ατομικό αναμνηστικό και την προηγού-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

μενη φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν οι ασθενείς, και οι εργαστηριακές παράμετροι κατά την εισαγωγή (NT-ProBNP, τροπονίνη-I, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη) και προ του εξιτηρίου (γενική αίματος, νεφρική λειτουργία, ηλεκτρολύτες). **Αποτελέσματα** Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 302 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια εκ των οποίων οι 137 (45%) νοσηλεύθηκαν σε παθολογικές κλινικές και οι 165 (55%) σε καρδιολογική κλινική. Οι ασθενείς που εισήχθησαν σε παθολογική κλινική ήταν μεγαλύτερης ηλικίας [81 (38-94) vs 76 (44-90), $p < 0.001$] κι εμφάνιζαν συχνότερα ιστορικό πνευμονοπάθειας [44.5% vs 20%, $p < 0.001$]. Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που αντιμετωπίστηκαν σε καρδιολογική κλινική είχαν εντονότερα συμπτώματα συμφόρησης κατά την προσέλευση όπως παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια (31.5% vs 15.3%, $p = 0.003$) και ορθόπνοια (58.8% vs 32.8%, $p < 0.001$) και είχαν χειρότερη λειτουργική κλάση κατά New York Heart Association (NYHA). Επιπλέον, οι παθολογικοί ασθενείς εμφάνιζαν υψηλότερα λευκά αιμοσφαίρια [11.250 (3.200 - 27.000), $p < 0.001$] και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη [5 (0.2-40) vs 1.16 (0.15-13.3), $p < 0.001$ ενώ δε διέφεραν ως προς τις τιμές NT-ProBNP εισαγωγής. Τέλος, οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε παθολογική κλινική είχαν σε μεγαλύτερα ποσοστά διατηρημένο ή ελαφρώς ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) (Πίνακας 1). **Συμπεράσματα** Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που εισάγονται σε παθολογικές κλινικές είναι μεγαλύτερης ηλικίας, λιγότερο συμπτωματικοί, κυρίως με διατηρημένο ή ελαφρώς ελαττωμένο ΚΕ, έχουν συχνότερα πνευμονοπάθεια και υψηλότερους δείκτες φλεγμονής συγκριτικά με τους ασθενείς που εισάγονται σε καρδιολογικές κλινικές.

ΠΑ072 | Ο λόγος PWV/GLS ως δείκτης κοιλιοαρτηριακής σύζευξης συσχετίζεται με τη σοβαρότητα της νόσου σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος

I. Δημητρόγλου¹, E. Σολωμού¹, A. Βαλατσού¹, M. Κούκος¹, A. Καλοπάτσου¹, Φ. Γαλέλη¹, M. Ζήσης¹, M. Μπιτσαρά¹, Δ. Τσαρτσάλης¹, Δ. Τερεντές-Πρίντζιος¹, Δ. Πατσουράκος¹, A. Αλεξοπούλου¹, Δ. Τούσουλης¹, X. Βλαχόπουλος¹, K. Τσιούφης¹, K. Αγγέλη¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

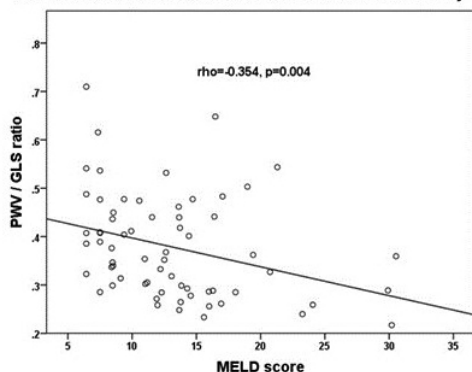
Εισαγωγή: Η κίρρωση του ήπατος χαρακτηρίζεται από αγγειοδιαστολή, μειωμένο προφόρτιο και αυξημένη καρδιακή παροχή. Πρόσφατα, προτάθηκε ένας νέος δείκτης βασισμένος στον λόγο της ταχύτητας του σφυγμικού κύματος (PWV) προς τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση (GLS), για την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ της αριστερής κοιλίας και της λειτουργίας της αορτής (κοιλιοαρτηριακή σύζευξη - VAC). **Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να ερευνησει την πιθανή συσχέτιση μεταξύ του VAC, όπως εκτιμάται από το λόγο PWV/GLS, και της σοβαρότητας της νόσου σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος. **Μέθοδοι:** Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 65 ασθενείς με κίρρωση του ήπατος (μέση ηλικία 59.1±8.3 έτη, 48 (73.8%) άνδρες) χωρίς καρδιαγγειακή νόσο. Η PWV υπολογίστηκε διαιρώντας την εκτιμώμενη απόσταση μεταξύ των μηριαίων και των καρωτίδιων αρτηριών με τον χρόνο μετάβασης του παλμού που μετρήθηκε με ταυτόχρονη μέτρηση με δύο μορφομετατροπείς. Πραγματοποιήθηκε υπερηχοκαρδιογραφία για τον καθορισμό του GLS, που υπολογίστηκε

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ημι-αυτόματα με ειδικό λογισμικό. Η σοβαρότητα της κίρρωσης αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το σκορ MELD. **Αποτελέσματα:** Η μέση PWV ήταν 7.8 ± 1.6 m/s, η μέση GLS ήταν $21.1 \pm 2.7\%$, και ο μέσος λόγος PWV/GLS ήταν 0.38 ± 0.11 . Η ανάλυση συσχέτισης Spearman έδειξε ότι τόσο η PWV όσο και η GLS συσχετίζονταν σημαντικά με το MELD ($\rho = -0.330$, $p = 0.007$ και $\rho = 0.276$, $p = 0.026$ αντίστοιχα), υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς με υψηλότερη σοβαρότητα της νόσου είχαν χαμηλότερες τιμές PWV και υψηλότερες απόλυτες τιμές GLS. Παρατηρήθηκε επίσης αρνητική συσχέτιση μεταξύ PWV και GLS ($\rho = -0.377$, $p = 0.002$). Ο λόγος PWV/GLS συσχετίστηκε αρνητικά με το MELD ($\rho = -0.354$, $p = 0.004$) (εικόνα). Συσχετίστηκε επίσης σημαντικά με την ηλικία ($\rho = 0.281$, $p = 0.023$) και την συστολική αρτηριακή πίεση ($\rho = 0.445$, $p < 0.001$). Παρατηρήθηκε επίσης μη σημαντική συσχέτιση με τον όγκο παλμού ($\rho = -0.207$, $p = 0.099$), υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς με κίρρωση που είχαν μειωμένο μεταφόρτιο και αυξημένη καρδιακή παροχή είχαν χαμηλότερες τιμές του δείκτη. Πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης επιβεβαίωσαν την αξιοπιστία της συσχέτισης μεταξύ του λόγου PWV/GLS και της σοβαρότητας της νόσου έχοντας διορθώσει τη συσχέτιση με την ηλικία, το φύλο, τη συστολική αρτηριακή πίεση και τον όγκο παλμού ($p = 0.047$) (πίνακας). **Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι ο λόγος PWV/GLS μειώνεται σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος με πιο σοβαρή νόσο. Αυτή η συσχέτιση παραμένει σημαντική σε πολυπαραγοντικά μοντέλα, υποδηλώνοντας ότι ο λόγος PWV/GLS μπορεί να λειτουργήσει ως πρώιμος δείκτης καρδιαγγειακής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος.

Correlation of PWV to GLS ratio with liver disease severity



Μοντέλα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης

	Variable	Beta	p-value
Model 1	MELD	-0.328	0.008
	MELD	-0.318	0.007
Model 2	Age	0.303	0.010
	Sex	-0.102	-0.102
Model 3	MELD	-0.283	0.011
	Age	0.243	0.030
	Sex	-0.079	0.467
Model 4	SBP	0.334	0.004
	MELD	-0.246	0.047
	Age	0.230	0.044
	Sex	-0.109	0.355
	SBP	0.348	0.003
	SV	-0.089	0.494

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ073 | Η Ευθραυστότητα ως προγνωστικός δείκτης για μείζονα συμβάματα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας >40%**Γ. Τουρνάς¹, Α. Παπαδοπούλου², Γ. Γεωργιόπουλος¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² BIRMINGHAM UNIVERSITY, UK

Εισαγωγή/Σκοπός Η παρούσα έρευνα μελέτησε τη σχέση μεταξύ της ευθραυστότητας και τα της θνησιμότητας, των επανεισαγωγών και ανάγκης για αυξημένη διουρητική αγωγή σε συνδυασμό με αυξημένες τιμές νατριουρητικών πεπτιδίων σε ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης ή ίσης των 65 ετών με πρόσφατη νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια με κλάσματα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας >%. Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, το 50% αυτών έχουν ικανοποιητικό ή διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας. Η πρόγνωση καθώς και οι αριθμοί επανεισαγωγών στο νοσοκομείο των ασθενών αυτών προσομοιάζουν με αυτούς των ασθενών με μειωμένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας. Έτσι αποτελεί μείζον θέμα διαχείρισης για τα συστήματα υγείας προκαλώντας εκτός από φόρτιση αυτών μεγάλη οικονομική επιβάρυνση. Χαρακτηριστικό είναι ότι πληθώρα των επανεισαγωγών γίνεται εντός των πρώτων τριών μηνών μετά το εξιτήριο των ασθενών. **Υλικό και μέθοδος** Από τον Σεπτέμβριο του 2017 έως τον Σεπτέμβριο του 2019 συγκεντρώθηκε το δείγμα 193 ασθενών που εισήχθησαν λόγω καρδιακής ανεπάρκειας με ικανοποιητικό κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας >%, ως πρωτοδιάγνωση αυτή ή ως παρόδυνση. Πέραν της κλινικής εικόνας αξιολογήθηκαν κατά την εισαγωγή υπερηχογραφικοί δείκτες E, E'/E, RVSP και GLS της αριστερής κοιλίας, που έδειχναν πνευμονική συμφόρηση, αυξημένες πιέσεις πλήρωσης της αριστερής κοιλίας και υποκλινική διαταραχή της τοιχωματικής κινητικότητας. Καταγράφηκαν όλα τα δημογραφικά στοιχεία, έγινε η αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας του βαθμού ευθραυστότητας, καθώς και ανάλυση των συννοσηροτήτων κατά την εισαγωγή, όπως προαναφέρθηκε. Στο τέλος του τριμήνου μετά το εξιτήριο έλαβε χώρα δεύτερη επίσκεψη όπου αναδρομικά ελέγχθηκε η πορεία της νόσου με αριθμό θανάτων, επανεισαγωγών, αλλά και ερώτημα αυτοαξιολόγησης της κλινικής συμπτωματολογίας της δύσπνοιας και καταγραφά της αύξησης ή μμ της λαμβανόμενης διουρητικής αγωγής. Τέλος έγινε αιμοληψία για να μετρηθούν τα επίπεδα BNP. Όλοι οι ασθενείς του δείγματος ήταν μεγαλύτεροι των 65 ετών. Αποτελέσματα Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της ευθραυστότητας, της έκπτωσης της λειτουργικής ικανότητας, αλλά και της μϊκής μάζας με την έκβαση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας μεγαλύτερο του 40%. Ιδιαίτερα καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι η ευθραυστότητα είναι ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης για το σύνθετο καταληκτικό σημείο των θανάτων, των επανεισαγωγών των ασθενών αυτών και της κλινικής επιδείνωσης αυτών μετρούμενη ως αύξηση της διουρητικής αγωγής και των επιπέδων BNP στο τέλος του τριμήνου. Επίσης τα άτομα με μεγαλύτερο αριθμό συννοσηροτήτων, εμφάνιζαν μεγαλύτερα ποσοστά ευθραυστότητας, μεγαλύτερες τιμές BNP στο τέλος του τριμήνου παρακολούθησης, μικρότερη μϊκή μάζα και μεγαλύτερο αριθμό επανεισαγωγών. **Συμπεράσματα** Η υιοθέτηση στην

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

καθημερινή κλινική πράξη εργαλείου αξιολόγησης της ευθραυστότητας και της λειτουργικής ικανότητας, ώστε να εντοπίζονται ποιοι ασθενείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επανεισαγωγής και αυτοί να παρακολουθούνται πιο εντατικά σε εξωτερική βάση αναδεικνύεται υψηλής χρησιμότητας. Το εργαλείο SOF παρουσίασε καλή συσχέτιση με τα ευρέως χρησιμοποιούμενα κριτήρια Fried και συνδέεται στατιστικά σημαντικά με όλα τα επιμέρους καταληκτικά στοιχεία. Προοπτική για το μέλλον είναι η εφαρμογή του σε προοπτικές μελέτες μακράς παρακολούθησης με μεγάλο όγκο ασθενών. Επίσης η ανάπτυξη προγραμμάτων σωματικής άσκησης και ειδικών διαιτολογίων είναι μια θεραπευτική προοπτική ώστε να αναστραφεί η ευθραυστότητα που σχετίζεται με αρνητική πρόγνωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και κλάσμα εξώθησης μεγαλύτερο από 40%.

ΠΑ074 | Η συσχέτιση της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος με υπερηχογραφικούς δείκτες λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας: Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

A. Γκολιοπούλου¹, Π. Θεοφίλης², Ι. Παλαμάς¹, Π. Παντελίδης¹, Μ. Ι. Γουναρίδη¹, Ο. Κατσαρού¹, Δ. Τούσουλης², Ε. Βαβουρανάκης¹, Ε. Οικονόμου¹, Γ. Σιάσος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

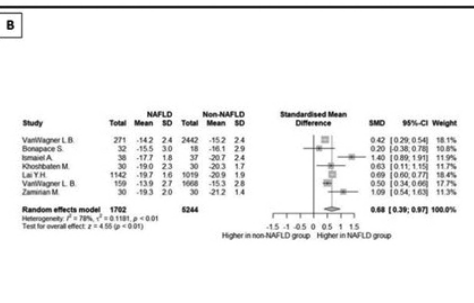
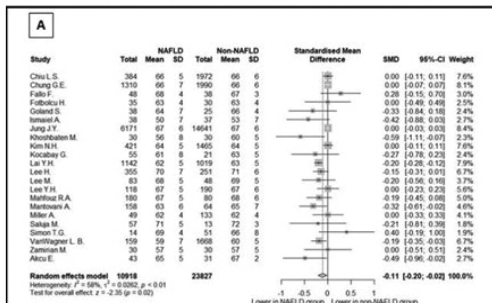
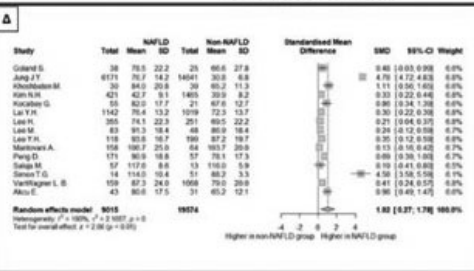
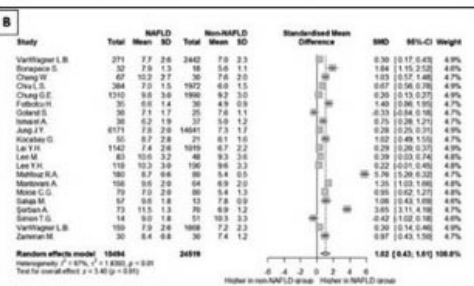
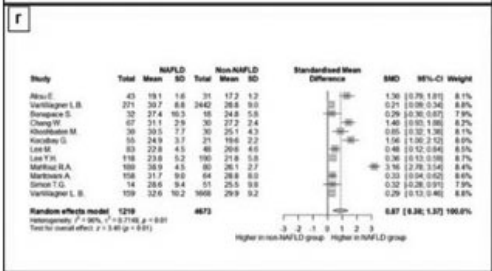
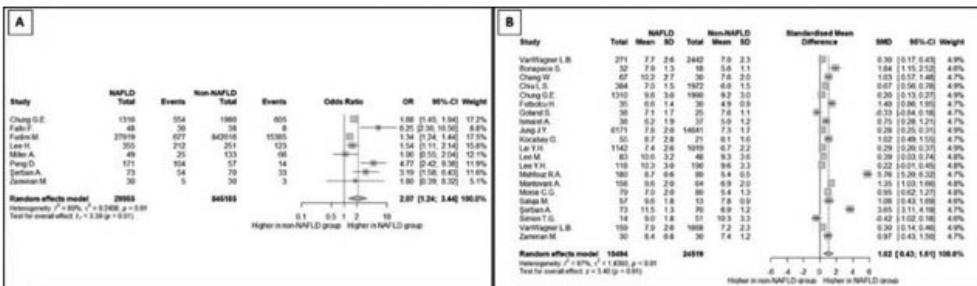
² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) έχουν συσχετισθεί με την καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF). Σκοπός της εργασίας είναι να μελετήσει βιβλιογραφικά τη συσχέτιση της NAFLD με υπερηχογραφικούς δείκτες λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας. **Υλικό και Μέθοδοι** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο PubMed για μελέτες παρατήρησης που εξετάζουν τη συσχέτιση της NAFLD με τη λειτουργία της αριστερής κοιλίας, τόσο τη συστολική [κλάσμα εξώθησης (ejection fraction, EF), συνολική επιμήκης παραμόρφωση (global longitudinal strain, GLS)] όσο και τη διαστολική [E/e', όγκος αριστερού κόλπου (left atrial volume index, LAVi), μάζα αριστερής κοιλίας (left ventricular mass index, LVMI)]. Οι μετα-αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με πακέτα meta και dmetar στο R studio v.1.4.1106, και τιμές $p < 0.05$ θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως τυποποιημένη μέση διαφορά (standardized mean difference, SMD) για τις συνεχείς μεταβλητές και σαν λόγος πιθανοτήτων (odds ratio, OR) για τις κατηγορικές, με αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (confidence intervals, CI). Η ετερογένεια μεταξύ μελετών εκφράστηκε με το δείκτη I². **Αποτελέσματα** Από την αρχική αναζήτηση διαπιστώθηκαν 2619 άρθρα, εκ των οποίων 31 μελέτες συμπεριελήφθησαν στην τελική στατιστική ανάλυση. Η μετα-ανάλυση 8 μελετών που ανέφεραν τον επιπολασμό της διαστολικής δυσλειτουργίας ανέδειξε συχνότερη εμφάνιση αυτής σε άτομα με NAFLD (OR: 2.07, 95% CI 1.24-3.44 με $p < 0.01$, I²: 80% με $p < 0.01$) (Εικόνα 1Α). Η μετα-ανάλυση 21 μελετών ανέδειξε

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

σημαντικά υψηλότερο E/e' σε ασθενείς με NAFLD (SMD 1.02, 95% CI 0.43-1.61 με $p < 0.001$, I2: 97% με $p < 0.001$) (Εικόνα 1B). Τα άτομα με NAFLD (Εικόνες 1F-Δ), είχαν αυξημένο LAVi (SMD: 0.87, 95% CI 0.38-1.37 με $p < 0.01$, I2: 96% με $p < 0.001$) και LVMi (SMD: 1.02, 95% CI 0.27-1.78 με $p < 0.01$, I2: 100% με $p < 0.001$). Επηρεασμένες ήταν και οι παράμετροι συστολικής λειτουργίας (Εικόνα 2), όπως το EF (SMD: -0.11, 95% CI -0.20- -0.02 με $p = 0.02$, I2: 58% με $p < 0.01$) και το GLS (SMD: 0.68, 95% CI 0.39-0.97 με $p < 0.01$, I2: 78% με $p < 0.01$). **Συμπεράσματα** Στη μετα-ανάλυση 31 μελετών παρατήρησης, διαπιστώθηκε επηρεασμένη διαστολική και συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με NAFLD, ενισχύοντας την υπόθεση συσχέτισης της NAFLD με την ΗFrEF.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

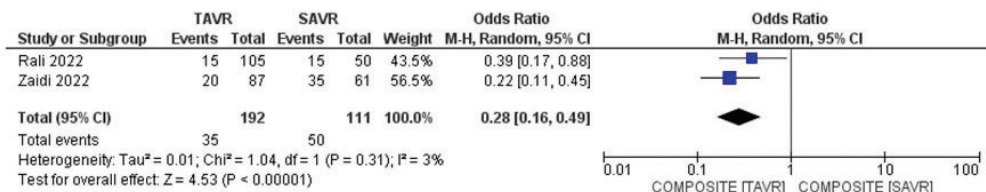
ΠΑ075 | **Transcatheter aortic valve replacement vs surgical aortic valve replacement in patients with left ventricular assist device: A systematic review and meta-analysis**

A. Xanthopoulos¹, D. Magouliotis¹, G. Giamouzis¹, K. Spiliopoulos¹, P. A. Zotos¹, T. Athanasiou¹, A. Briasoulis², F. Triposkiadis¹, R. Starling¹, J. Skoularigis¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Objective: Patients with left ventricular assist device (LVAD) often develop aortic insufficiency (AI) requiring an intervention on the aortic valve. We sought to analyze the outcomes of patients with LVAD who underwent transcatheter aortic valve replacement (TAVR) and compared them to surgical aortic valve replacement (SAVR). In this context, we reviewed the available literature and performed a meta-analysis. **Methods:** Original research studies that evaluated short-term outcomes of TAVR versus SAVR for patients with LVAD presenting aortic insufficiency were identified, from January 2000 to August 2023. The primary endpoint was the composite of in-hospital mortality, stroke, transient ischemic attack, MI, pacemaker implantation, need for open aortic valve surgery, vascular complications and cardiac tamponade. Secondary endpoints were the incidence of acute kidney injury, bleeding needing transfusions and cost. Outcomes were calculated according to both a fixed and a random effect model. The Q statistics and I² statistic were used to test for heterogeneity among the studies. **Results:** Eighteen studies were included, incorporating a total of 237 patients with LVAD treated with either TAVR or SAVR. The composite outcome was significantly higher in the SAVR group (Odds Ratio (OR): 0.28 [95% Confidence Intervals (95% CI): 0.16, 0.49]; p<0.001; I²=3%) (Figure 1). The incidence of AKI was significantly higher in SAVR group (OR: 0.37 [95% CI: 0.23, 0.60]; p<0.001; I²=0%). The incidence of bleeding needing transfusion was also higher in the SAVR group (OR: 0.19 [95% CI: 0.04, 0.87]; p=0.03; I²=66%). Finally, cost was significantly higher in the SAVR group (Weighted Mean Difference (WMD): -2.06 [95% CI: -2.34, -1.78]; p<0.001; I²=0%). **Conclusions:** In this first of its kind meta-analysis of LVAD patients with post-implant AI, TAVR was associated with a lower risk of adverse short-term outcomes, along with a lower cost compared with SAVR.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

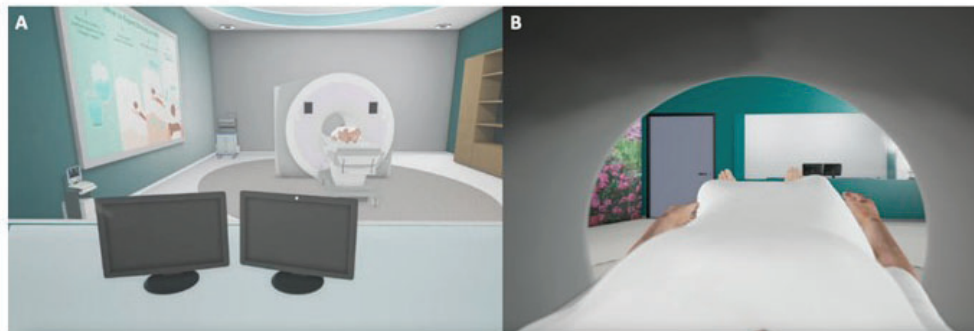
12.30-14.00 Καρδιακή απεικόνιση IΠρόεδροι: **M. Καλαντζή** (Αθήνα), **K. Παγωνίδης** (Ηράκλειο)**ΠΑ076 | Metaverse-based Cardiac MRI Simulation to overcome Claustrophobia: a feasibility trial****I. Skalidis¹, D. Arangalage², I. Kachrimanidis³, P. Antiochos¹,
E. Skalidis⁴, K. Tsioufis³, O. Muller¹, I. Olivotto⁵, N. Maurizi¹**¹ University Hospital of Lausanne (CHUV), Lausanne, Switzerland² Hospital Bichat, Paris France³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ University of Florence Italy

Introduction: Cardiac Magnetic Resonance Imaging (CMR) is essential for diagnosing and risk stratifying patients with cardiac disease. However, up to 10% of patients cannot undergo CMR due to claustrophobia. To address this, innovative approaches like hypnosis and simulation-based techniques are being explored. The metaverse, an immersive 3D environment based on virtual and augmented reality (VR/AR), is a promising technology that can simulate real-life situations. Its potential as a clinical support tool remains unresolved. This proof-of-concept study developed a Metaverse-based cardiac CMR simulation program to train and support patients in overcoming claustrophobia associated with the scan. We sought to evaluate the feasibility, effectiveness, and usability of a metaverse-based Virtual Reality (VR) CMR simulation program to train and assist patients in overcoming claustrophobia associated with CMR.

Methods: 32 Patients aged >18 years presenting significant claustrophobia were included in this prospective multicenter feasibility study (META-MRI). Both groups received the standard of care preparation for CMR, and underwent the Metaverse-based simulation program on top



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

before undergoing an exam. Prospective multicenter feasibility study (META-MRI). Main outcome was the successful completion of the CMR scan and secondary outcome the efficacy of the training program was assessed using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) questionnaire. **Results:** Thirty-two patients were included (41±17 years, 19 (59%) males). There were no differences 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 between the two groups in terms of age (43±16 vs 40±16 years, p=0.45) and baseline STAI scores (73±10 vs 71±9 years, p=0.35). The group who underwent the Meta-MRI protocol, according to the STAI, mean anxiety levels were 73±8/80 before the first, 68±12/80 before the second, and 51±11/80 before the final simulation (p for trend=0.02). The patients found the training to be useful (7.8/10) but reported a usability score of the platform of 6.8/10. Twenty-nine patients received lorazepam prior to the actual CMR. In the Meta-MRI group, 13/16 (81%) patients completed the exams, while 6/16 (37%) patients were able to perform in the standard of care only group (p=0.01). **Conclusion:** The present study highlights the feasibility of a metaverse-based simulation program in improving compliance with CMR exams in individuals with significant claustrophobia. Such a strategy, in addition to medical anxiety-directed therapy, resulted in a reduction in STAI score and an increased number of patients who successfully completed the CMR. Further research is needed to validate these exploratory findings.

ΠΑ077 | Η εμπειρία δύο μεγάλων ερευνητικών κέντρων στη διάγνωση της καρδιακής αμυλοειδωσης από τρανσθυρετίνη (ATTR-CA)
I. Παναγιωτόπουλος¹, M. Κουτελού¹, A. Αναστασάκης², K. Τούτουζας³, I. Ιακώβου⁴, X. Βλαχόπουλος³, B. Βούδρης⁴, Γ. Τζιόμαλος⁵, Γ. Ευθυμιάδης⁵, K. Τσιούφης³, E. Καστρίτης⁶, A. Μπριασσούλης⁵, K. Σταματελόπουλος⁶, A. Αντωνόπουλος³, Π. Εξαδακτύλου⁵, E. Γιαννούλα⁵, A. Κατινιώτη⁷, M. Καλατζή, E. Λεοντιάδης⁴, E. Σμπαρούνη⁴, I. Μαλακός⁴, N. Αραβανής¹, A. Δούμας⁵

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

⁴ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

⁵ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η καρδιακή αμυλοειδωση από Τρανσθυρετίνη (ATTR-CA) είναι μια διηθητική νόσος που χαρακτηρίζεται από εναπόθεση παθολογικών συμπλεγμάτων Τρανθυρετίνης στο μυοκάρδιο. Περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών που διαγνώστηκαν με

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ATTR-CA από το 2019 μέχρι σήμερα στο τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής του ΩΚΚ και του ΑΧΕΠΑ. Τα κέντρα αυτά διαθέτουν μεγάλη εμπειρία όσον αφορά την αμυλοείδωση, και σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό για τη διάγνωση της. **Υλικά και μέθοδος** Οι φάκελοι διαδοχικών ασθενών (N=73) που διαγνώστηκαν με οποιοδήποτε τύπο αμυλοείδωσης συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν και παρακολούθησαν προοπτικά. Η διάγνωση της αμυλοείδωσης τέθηκε με ειδικό σπινθηρογράφημα καρδιάς με Tc-99m DPD. Όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών εμπλούτισαν βάση δεδομένων και περιέλαβαν την ηλικία, το φύλο την οικογενειακή κατάσταση και το ύψος και βάρος. Συλλέχθηκαν επίσης κλινικά χαρακτηριστικά, όπως ο τύπος αμυλοείδωσης (ATTR και AL), βιοδείκτες ορού (BNP, τροπονίνη), ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα, ευρήματα U/S, κατηγορία ΝΥΗΑ, αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας, εμφυτεύσεις συσκευών και λήψη φαρμάκων. Παρουσιάζονται μερικά από τα πιο σημαντικά. **Αποτελέσματα** Συνολικά διαγνώστηκαν 73 περιστατικά (86% άνδρες) που έπασχαν από αμυλοείδωση κατά τη διάρκεια τεσσάρων ετών. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν 82 έτη και το κύριο σύμπτωμα των ασθενών ήταν η δύσπνοια. Η πλειονότητα των ασθενών έπασχε από ATTR-CA (65 έναντι 8 με AL), 61 από τους ασθενείς με ATTR-CA διαγνώστηκαν με wild type και 2 με δύο σπάνιες μεταλλάξεις. Είκοσι οκτώ ασθενείς είχαν πολυσυστηματική αμυλοείδωση, με εξωκαρδιακή συμμετοχή και 32 ασθενείς είχαν ιστορικό αμφοτερόπλευρου συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα. Τέσσερις ασθενείς είχαν ήδη αναπτύξει πολυνευροπάθεια και η διάγνωση επισφραγίστηκε με σπινθηρογράφημα με DPD που διακρίνεται για τη μεγάλη ευαισθησία του. Από τους ασθενείς με μοναδική εντόπιση της νόσου την καρδιακή συμμετοχή, μόνο 6 παρουσίασαν κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας κάτω από 40%. Η πλειονότητα των ασθενών με ATTR υποβλήθηκε σε θεραπεία με tafamidis αμέσως μετά τη διάγνωση. **Συμπέρασμα** Συμπερασματικά, οι εμπειρίες που μοιράζονται τα δύο κέντρα και η συνεχής ανταλλαγή πληροφοριών και απόψεων μας παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση και τη διαχείριση της καρδιακής αμυλοείδωσης. Μεγάλη σημασία έχει η κλινική υποψία αμυλοείδωσης και η έγκαιρη διαγνωστική προσέγγιση, δεδομένης της διαθεσιμότητας των αναίμακτων τεχνικών, ενώ πλέον το σπινθηρογράφημα της καρδιάς με DPD μπορεί να επισφραγίσει την παρουσία της νόσου χωρίς την ανάγκη βιοψίας. Ως στόχος παραμένει η συνεχής ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των κλινικών καρδιολόγων, ώστε η πολυσυστηματική και θεραπεύσιμη αυτή νόσος να διαγνωστεί και πιστοποιηθεί έγκαιρα και η θεραπεία να ξεκινήσει το συντομότερο.

ΠΑ078 | Παρουσία θρόμβου στην κορυφή της δεξιάς κοιλίας μετά από ισχαιμικής αιτιολογίας συγκεκαλυμμένη ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος

Ε. Γ. Τσέτικα¹, Κ. Περλεπέ¹, Β. Βαρτελά¹, Ε. Νύκταρη¹, Δ. Μηλιόπουλος¹, Α. Χατζηαντωνίου¹

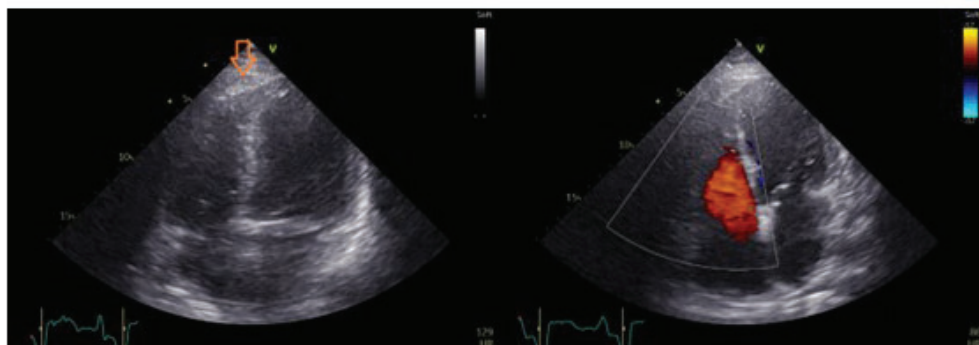
¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι η πρωτογενής αγγειοπλαστική, ως άμεση αντιμετώπιση οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου, έχει ευρεία πλέον εφαρμογή, και ότι χωρίς επαναϊμάτωση,

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

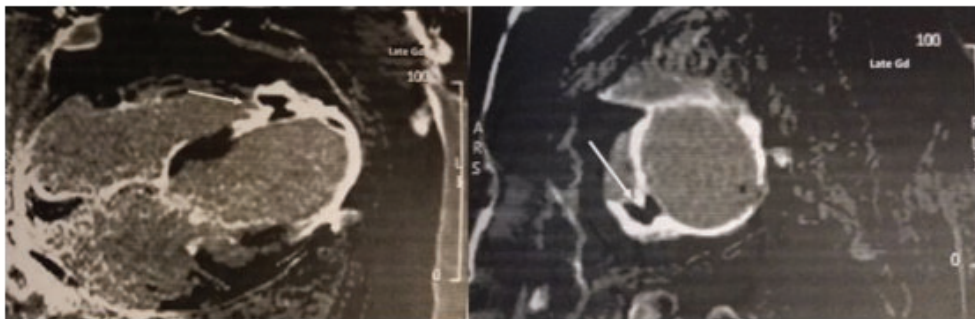
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

η θνητότητα από μηχανική επιπλοκή παραμένει υψηλή. Η ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (ΜΚΔ) αποτελεί την πιο συχνή μηχανική επιπλοκή. Εντούτοις, η δημιουργία θρόμβου στην κορυφή της δεξιάς κοιλίας μετά από συγκεκαλυμμένη ρήξη του ΜΚΔ, ως επιπλοκή κατόπιν οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου χωρίς επιτυχή επαναιμάτωση, είναι μια σπανίως καταγεγραμμένη βιβλιογραφικά επιπλοκή. **Υλικό και μέθοδος:** Γυναίκα 69 ετών διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας, με συμπτωματολογία απορρυθμισής καρδιακής ανεπάρκειας ισχαιμικής αιτιολογίας, για περαιτέρω αντιμετώπιση. Είχε προηγηθεί εκτεταμένο πρόσθιο-πλάγιο έμφραγμα του μυοκαρδίου και ανεπιτυχής προσπάθεια αγγειοπλαστικής σε ολική απόφραξη, εγγύς στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο, καθυστερημένα. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε εκτεταμένη ουλή, εύρημα συμβατό με την εκτεταμένη περιοχή μη βιώσιμου μυοκαρδίου που αναδείχθηκε στο σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με θάλλιο, ενώ η λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας ήταν σημαντικά επηρεασμένη. Επιπλέον, στην κορυφή της δεξιάς κοιλίας απεικονίσθηκε εύρημα με υπερηχοκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά πιθανού θρόμβου (εικόνα 1), το οποίο επιβεβαιώθηκε από την αξονική τομογραφία καρδιάς, ως έλλειμμα σκιαγράφησης. Ακολούθησε μαγνητική τομογραφία καρδιάς, ως απεικονιστική μέθοδος εκλογής για την ανάδειξη θρόμβου, η οποία εκτός από την επιβεβαίωση της παρουσίας του, αποκάλυψε συγκεκαλυμμένη ρήξη του ΜΚΔ ως αιτία δημιουργίας του θρόμβου στην κορυφή της δεξιάς κοιλίας (εικόνα 2). Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, αφού ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, δεν αναδείχθηκε αριστεροδεξιά διαφυγή και ο κίνδυνος χειρουργικής αντιμετώπισης ήταν υψηλός. Ετέθη σε αντιπηκτική αγωγή με κουμαρινικά, επιπλέον της αγωγής της για καρδιακή ανεπάρκεια. **Αποτελέσματα:** Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά και ηλεκτρικά σταθερή. Ακολούθησε εμφύτευση διεστιακού απινιδωτή και έλαβε εξιτήριο με πλήρη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας και σύσταση για υπερηχοκαρδιογραφικό επανέλεγχο με επικέντρωση στην κορυφή της δεξιάς κοιλίας και στο ΜΚΔ. **Συμπέρασμα:** Αν και η ύπαρξη θρόμβου στην κορυφή της δεξιάς κοιλίας μετά από συγκεκαλυμμένη ρήξη του ΜΚΔ και χωρίς εικόνα διαφυγής, σε αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή, λόγω καθυστερημένης ή μη επιτυχούς αντιμετώπισης προσθίου-πλάγιου εκτεταμένου εμφράγματος του μυοκαρδίου, περιγράφεται σπάνια βιβλιογραφικά, είναι σημαντικός ο υψηλός δείκτης υποψίας ώστε να μη διαλάθει της διάγνωσης.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



ΠΑ079 | Επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας και μυοκαρδιακό έργο σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI) και φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης
Ε. Βιλλιώτης¹, Ν. Κουρής¹, Β. Γόγολας¹, Β. Κωστόπουλος¹, Β. Γιάνναρης¹, Κ. Κ. Τζιαλλας¹, Π. Μπουνας¹, Χ. Ολύμπιος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Η επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (LVGLS) όπως υπολογίζεται από την speckle tracking υπερηχοκαρδιογραφία, έχει αποδειχθεί ότι εμφανίζει καλύτερη προγνωστική αξία από το κλάσμα εξώθησης (LVEF). Πρόσφατα φάνηκε ότι το μυοκαρδιακό έργο (MW) προσφέρει επίσης σημαντικές πληροφορίες για την απόδοση της αριστερής κοιλίας (ΑΚ). Ασθενείς με NSTEMI πολλές φορές δεν εμφανίζουν τμηματικές διαταραχές κινητικότητας και το LVEF είναι φυσιολογικό. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της λειτουργικότητας της ΑΚ με την LVGLS και το MW σε ασθενείς (Α) με NSTEMI και φυσιολογικό LVEF. **Υλικό & μέθοδοι:** Πενήντα δυο συνεχόμενοι Α (37 άνδρες) με NSTEMI συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Όλοι υποβλήθηκαν σε πλήρη υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη πριν την έξοδό τους (μ.ο. 5 ημέρες) και επιπλέον υπολογίστηκε off-line το LVGLS και το MW από τον ίδιο χειριστή. Το LVEF μετρήθηκε με τη μέθοδο Simpson. Ασθενείς με περισσότερα από ένα τμήματα χωρίς ικανοποιητική απεικόνιση και με παρουσία τμηματικών διαταραχών κινητικότητας αποκλείστηκαν. Χρησιμοποιήθηκε ομάδα ελέγχου αποτελούμενη από 20 Α (12 άνδρες). **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των Α ήταν 58 ± 10 χρόνια και της ομάδας ελέγχου 48 ± 6 χρόνια. Ιστορικό καπνίσματος, αρτηριακής υπέρτασης, διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και κληρονομικότητας ΣΝ αναφέρθηκε σε 39%, 21%, 33%, 46% και 30% αντίστοιχα. Όλοι οι Α ανέδειξαν ΣΝ η οποία αντιμετωπίστηκε με αγγειοπλαστική. Οι τιμές των LVEF, LVGLS και MW φαίνονται στον πίνακα 1. **Συμπέρασμα:** Παρόλο που μετά από NSTEMI το LVEF μπορεί να διατηρείται φυσιολογικό, τόσο το LVGLS όσο και το MW που χάνεται είναι σημαντικά χαμηλότερα.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	CONTROLS	p
LVEF	57.54±5.060	60.56 ±2.920	,096
LVGLS	16.472±3.2992	20.244±2.3744	,002
LVGCW	2101.66±521.566	2324.67±276.091	,225
LVGWW	198.34±151.541	91.11±40.048	,043

ΠΑ080 | Οι ασθενείς που έχουν εμβολιαστεί κατά του COVID-19 παρουσιάζουν καλύτερη καρδιακή λειτουργία και επίπεδα NTproNP από τους μη εμβολιασμένους 4 μήνες μετά τη μόλυνση από τον COVID-19

Κ. Κατωγιάννης¹, Γ. Παυλίδης¹, Ι. Θύμης¹, Ε. Μιχαλοπούλου¹, Γ. Κωστελλη¹, Ε. Κατσανάκη¹, Κ. Θωμάς¹, Α. Αντωνιάδου¹, Β. Λαμπαδιάρη¹, Α. Κουντούρη¹, Λ. Πλιουτα¹, Ι. Οικονομίδης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με COVID-19 παρουσιάζουν υποκλινική δυσλειτουργία της καρδιαγειακής και ενδοθηλιακής λειτουργίας. Το κατά πόσο ο εμβολιασμός εμποδίζει την έκπτωση της μυοκαρδιακής και αγγειακής λειτουργίας δεν έχει διευκρινιστεί. **Σκοπός:** Διερευνήσαμε την επίδραση της λοίμωξης COVID-19 σε δείκτες ενδοθηλιακής, αγγειακής και μυοκαρδιακής λειτουργίας σε εμβολιασμένα και μη εμβολιασμένα άτομα τέσσερις μήνες μετά λοίμωξη. **Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 30 εμβολιασμένοι και 60 μη εμβολιασμένοι ασθενείς με παρόμοια δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, οι οποίοι εξετάστηκαν σε ειδικό εξωτερικό ιατρείο κατά τη διάρκεια μιας προγραμματισμένης επίσκεψης τέσσερις μήνες μετά την νοσηλεία για επιβεβαιωμένη λοίμωξη COVID-19. Μετρήθηκαν: (i) η περιοχή άρδευσης των τριχοειδών (Perfused Boundary Region - PBR) που σχετίζεται αντίστροφα με το πάχος του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα στα υπογλώσσια αρτηρίδια (εύρος 5-25 μm, δείκτης αντιστρόφως σχετιζόμενος με το πάχος του γλυκοκάλυκα)(ii) η ενδοθηλιο-εξαρτώμενη αγγειοδιαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (FMD), (iii) η εφεδρεία ροής στον πρόσθιο κατιόντα μετά από χορήγηση αδενοσίνης (CFR) με ηχοκαρδιογραφία Doppler, (iv) η καρωτιδομηριαία ταχύτητα παλμικού κύματος (PWV) και η κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (cSBP), (v) η συνολική επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS) με τεχνική speckle

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

tracking, vi) το συνολικό έργο (GWI), το ωφέλιμο έργο (GCW), το σπαταλώμενο έργο (GWW) και η απόδοση ως προς το έργο της αριστερής κοιλίας της (GWE), μέσα από καμπύλες επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας και περιφερικής αρτηριακής πίεσης και ν) τα επίπεδα στο αίμα του NTproBNP. **Αποτελέσματα:** Μεταξύ των εμβολιασμένων ασθενών το 54,2% είχε ήπια νόσο, το 33,3% είχε μέτρια νόσο και το 12,5% είχε σοβαρή νόσο, ενώ μεταξύ των μη εμβολιασμένων το 29,1% είχε ήπια νόσο, το 32,9% είχε μέτρια νόσο και το 38% είχε σοβαρή νόσο ($p<0,05$). Στους τέσσερις μήνες, οι εμβολιασμένοι ασθενείς εμφάνισαν παρόμοιες τιμές FMD και PWV σε σύγκριση με τους μη εμβολιασμένους ($p>0,05$ για όλες τις συγκρίσεις). Επίσης, στους εμβολιασμένους παρατηρήσαμε οριακά χαμηλότερη περιφερική και κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση σε σύγκριση με μη εμβολιασμένους ($p=0,055$, $p=0,078$ αντίστοιχα.) Στους τέσσερις μήνες, οι εμβολιασμένοι ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερες τιμές LVGLS, GCW και CFR σε σύγκριση με μη εμβολιασμένους (πίνακας $p<0,05$), ενώ GWI, GWW και GWE ήταν παρόμοια μεταξύ των δύο ομάδων ($p>0,1$). Επιπλέον, στους εμβολιασμένους το RVGLS και το RV FWLS ήταν σημαντικά υψηλότερο από ότι σε μη εμβολιασμένους ασθενείς ($p<0,05$). Επίσης, το NTproBNP ήταν σημαντικά υψηλότερο στους μη εμβολιασμένους από ότι στους εμβολιασμένους ασθενείς ($p<0,05$). **Συμπέρασμα:** Οι ασθενείς που εμβολιάστηκαν κατά του COVID-19 εκδήλωσαν ηπιότερη νόσο με αποτέλεσμα καλύτερη καρδιακή λειτουργία και χαμηλότερα επίπεδα NTproBNP από τους μη εμβολιασμένους 4 μήνες μετά τη μόλυνση από τον COVID-19. Σε εμβολιασμένους, η λειτουργία του μυοκαρδίου και των αρτηριών βελτιώθηκε σε σύγκριση με τους μη εμβολιασμένους ασθενείς 4 μήνες μετά τη λοίμωξη.

	Total	Vaccinated (n=30)	Non-vaccinated n=60)	p
PWV _{cf} (m/sec)	11.42±2.76	11.48±2.68	11.40±2.81	0.903
GLS (%)	-19.07±2.53	-20.08±2.11	-18.63±3.21	0.034
GWI (%mmHg)	2031.24±373.22	1978.21±316.41	2054.55±395.61	0.361
GCW (%mmHg)	2323.15±344.41	2238.90±313.69	2360.17±323.14	0.045
CFR	2.66±0.43	2.84±0.43	2.55±0.39	0.033
RVFWS (%)	-20.15±4.31	-22.16±4.13	-18.41±3.69	<0.001
RVGS (%)	-17.56±5.43	-19.66±3.24	-15.71±6.29	0.004
NTproBNP (pg/mL)	105.11±35.28	85.02±37.15	125.55±28.87	0.022

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ081 | Η αξία της υπερηχοκαρδιογραφίας αντίθεσης στην διάγνωση του θρόμβου κορυφής της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου πρόσθιου τοιχώματος

Β. Μοσχοβίδης¹, Σ. Λ. Παπαδοπούλου¹, Χ. Γώγος², Β. Κανταρτζή¹, Α. Τριανταφύλλου³, Ι. Στυλιάδης¹, Β. Καμπερίδης⁴, Β. Σαχπεκίδης¹

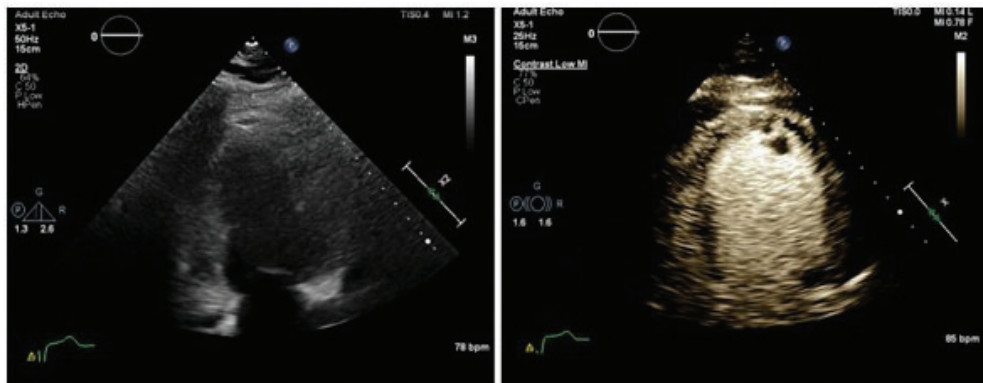
¹ Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Β' Καρδιολογική Κλινική

² Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Β' Καρδιολογική Κλινική και Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Α.Χ.Ε.Π.Α., Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,

³ Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική

⁴ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Α.Χ.Ε.Π.Α., Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

Εισαγωγή: Η πρόγνωση των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος (STEMI) έχει βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια κυρίως λόγω της άμεσης διαδερμικής επαναιμάτωσης. Παρ' όλα αυτά, ο θρόμβος κορυφής της αριστερής κοιλίας (ΘΑΚ) παραμένει στις μέρες μας σχετικά συχνή επιπλοκή του STEMI πρόσθιου τοιχώματος. Η διαστάτη διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία λόγω ευρείας διαθεσιμότητας και χαμηλού κόστους, αποτελεί τη βασική εξέταση για τη διάγνωση της συγκεκριμένης επιπλοκής, παρουσιάζοντας ωστόσο περιορισμένη διαγνωστική ακρίβεια. Η χρήση παράγοντα ηχωντίθεσης έχει βελτιώσει σημαντικά την απεικόνιση των καρδιακών κοιλοτήτων και κατ' επέκταση τη δυνατότητα διάγνωσης του ΘΑΚ. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η εκτίμηση της αξίας της υπερηχοκαρδιογραφίας αντίθεσης (ΥΑ) στην ανίχνευση του ΘΑΚ σε πληθυσμό ασθενών με οξύ πρόσθιο έμφραγμα του μυοκαρδίου (EM) στην σύγχρονη εποχή. **Υλικό και μέθοδος:** Μελετήθηκαν προοπτικά διαδοχικοί ασθενείς με οξύ πρόσθιο EM που αντιμετωπίστηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο με δυνατότητα πρωτογενούς αγγειοπλαστικής στεφανιαίων (PCI), σε συνολικό διάστημα ενός έτους. Οι ασθενείς με επιβε-



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Ακρίβεια απλής διαθωρακικής υπερηχοκαρδιογραφίας (χωρίς την χρήση παράγοντα ηχωντίθεσης) στη διάγνωση του ΘΑΚ



βαιωμένη λοίμωξη COVID-19 ή όσοι λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή εξαιρέθηκαν από την μελέτη. Όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν με διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα με και χωρίς παράγοντα ηχωντίθεσης εντός 7 ημερών από το ΕΜ. Η ΥΑ θεωρήθηκε ως μέθοδος αναφοράς για την διάγνωση του ΘΑΚ. **Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 102 ασθενείς (μέση ηλικία 61 ± 13 έτη, 19% γυναίκες), εκ των οποίων οι 98 αντιμετωπίστηκαν με πρωτογενή PCI, 3 με PCI διάσωσης και 1 με χειρουργική επαναιμάτωση. Δύο από τους ασθενείς δεν εξετάστηκαν με ΥΑ. Η μέση τιμή του κλάσματος εξώθησης του συνολικού πληθυσμού υπολογίστηκε $46\% \pm 10\%$ και ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ασθενείς με ΘΑΚ ($42\% \pm 7\%$ vs $47\% \pm 10\%$, $p=0.025$). Με την ΥΑ τέθηκε η διάγνωση ΘΑΚ στο 28% (28/100) του πληθυσμού. Σε 8 από τους 28 ασθενείς με ΘΑΚ, ο θρόμβος δεν ήταν ορατός χωρίς την χρήση παράγοντα ηχωντίθεσης (28,5% των ασθενών με ΘΑΚ). **Συμπεράσματα:** Στην σύγχρονη εποχή της πρωτογενούς PCI, ο ΘΑΚ δεν αποτελεί σπάνια επιπλοκή του προσθίου STEMI. Χωρίς την χρήση παράγοντα ηχωντίθεσης, σημαντικό ποσοστό ΘΑΚ θα παρέμενε αδιάγνωστο, στερώντας από σημαντικό αριθμό ασθενών τη δυνατότητα έγκαιρης έναρξης αντιπηκτικής αγωγής.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ082 | Total atrial conduction time as a predictor of atrial fibrillation recurrence: a systematic review and meta-analysis**Σ. Χιώτης¹, Ι. Δουνδουλάκης², Φ. Οικονόμου¹, Δ. Τσαχρής², Γ. Παννόπουλος³, Β. Βασιλικός⁴**¹ 424 ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΩΣ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Introduction This systematic review and meta-analysis aims to evaluate the predictive value of total atrial conduction time (TACT) assessed by tissue doppler echocardiography (PA-TDI) in atrial fibrillation (AF) recurrence in patients following a rhythm control strategy. **Materials and Methods** A systematic approach following PRISMA reporting guidelines was applied in electronic databases (Pubmed, Cochrane Library, Web of Science), supplemented by scanning through studies' references. TACT was compared using a random-effects model and presented as difference in means (MD). The primary endpoint was AF recurrence. **Results** Seven publications were included in this systematic review. The mean age of the patients ranged from 55 years to 72 years. Prolonged TACT was associated with AF recurrence [MD 23.12 msec, 95% confidence interval (CI): 11.54-34.71, I² = 95%]. Subgroup analysis showed that prolonged TACT was strongly associated with AF recurrence in persistent AF cohorts undergoing electrical cardioversion (MD 26.56, 95%CI: 15.51 to 37.6, I² = 86%), while in patients with paroxysmal AF (PAF) undergoing catheter ablation the results were not statistically significant (MD 11.48, 95%CI: -1.19 to 24.14, I² = 90%). The summary area under the curve (sAUC) using a random effects model was 0.89 (95% CI: 0.80 to 0.99). **Conclusions** TACT is a valuable echocardiographic parameter that can predict AF recurrence in patients following a rhythm control strategy.

ΠΑ083 | Συσχέτιση της αορτικής σκληρίας μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με την αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας
Δ. Τσιλιβαράκης¹, Γ. Παυλίδης¹, Κ. Κατωγιάννης¹, Δ. Βλαστός¹, Σ. Κατσάνος¹, Ε. Κατσανάκη¹, Δ. Βλαχομήτρος¹, Κ. Σταμούλης¹, Ι. Θυμής¹, Α. Ρ. Βρεττού¹, Α. Φρογουδάκη¹, Ι. Παρίσης¹, Ι. Οικονομίδης¹¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ανάστροφη αναδιαμόρφωση (adverse remodelling) της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI) συνδέεται με την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσουμε τη σχέση της αορτικής σκληρίας κατά την οξεία φάση του STEMI με την αναδιαμόρφωση της ΑΚ. **Υλικό και μέθοδος:** Σε 109 ασθενείς (μέση ηλικία: 58±10 έτη) εντός

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

48 ωρών από την διάγνωση του STEMI και την επιτυχή πρωτογενή αγγειοπλαστική και μετά από δύο έτη αξιολογήθηκαν: (α) η καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV-Complior), (β) η συνολική επιμήκης μυοκαρδιακή παραμόρφωση (GLS) της ΑΚ και του αριστερού κόλπου (LA strain) με την ηχοκαρδιογραφική τεχνική speckle tracking, (γ) ο λόγος PWV/GLS ως δείκτης εκτίμησης της κοιλιοαρτηριακής σύζευξης και (δ) ο τελοδιαστολικός (LVEDV) και τελοσυστολικός (LVESV) όγκος της ΑΚ χρησιμοποιώντας την τροποποιημένη μέθοδο Simpson. **Αποτελέσματα:** Συγκριτικά με τις αρχικές τιμές, όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν μειωμένες τιμές PWV ($10,4 \pm 2,1$ έναντι $11,3 \pm 2,6$ m/s), LVEDV ($91,5 \pm 28$ έναντι $99,1 \pm 30$ mL) και LVESV ($55,1 \pm 24$ έναντι $57,8 \pm 28$ mL), ενώ οι τιμές PWV/GLS ($-0,62 \pm 0,14$ έναντι $-0,74 \pm 0,18$), GLS ($-16,9 \pm 3,3$ έναντι $-15,3 \pm 3,6$ %) και LA strain ($28,2 \pm 9$ έναντι $26,3 \pm 8$ %) παρουσίασαν βελτίωση μετά από δύο έτη ($p < 0,05$ για όλες τις συγκρίσεις). Οι αρχικές τιμές PWV, GLS, PWV/GLS και LA strain συσχετίστηκαν με την εκατοστιαία μεταβολή του LVESV στα δύο έτη ($p < 0,05$). Η πολυμεταβλητή ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι μικρότερες αρχικές τιμές της PWV και οι λιγότερο επηρεασμένες τιμές GLS και PWV/GLS συσχετίζονται ανεξάρτητα με την ελάττωση του LVESV > % (reverse remodelling) στα δύο έτη παρακολούθησης (C-statistic: 0,751, 0,706 και 0,792, αντίστοιχα) (Πίνακας 1). **Συμπεράσματα:** Η αορτική σκληρία κατά την οξεία φάση του STEMI συσχετίζεται με την αναδιαμόρφωση της ΑΚ δύο έτη μετά τη διάγνωση και παρά την επιτυχή επέμβαση επαναγγείωσης.

Πίνακας 1. Μονομεταβλητή και πολυμεταβλητή ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ελάττωση ή μη του LVESV >15% (reverse remodelling) μετά από δύο έτη παρακολούθησης.

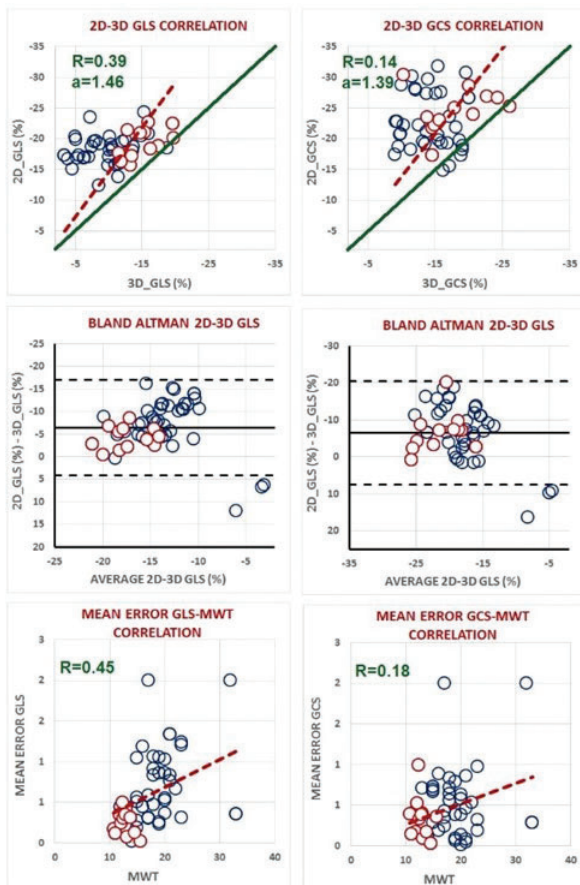
Variable	Univariate		Multivariable	
	Odds ratio (95% CI)	p-value	Odds ratio (95% CI)	p-value
Age	0.997 (0.943 – 1.057)	0.863		
Sex (male)	1.116 (0.396 – 3.427)	0.699		
Anterior MI	0.636 (0.152 – 2.625)	0.526		
hs-cTnT	0.827 (0.765 – 0.898)	0.002		
PWV	0.713 (0.489 – 0.921)	0.001	0.749 (0.393 – 0.982)	0.045
GLS	0.883 (0.746 – 0.944)	0.008	0.829 (0.589 – 0.991)	0.048
PWV/GLS	2.945 (1.133 – 3.738)	0.001	2.817 (1.822 – 3.723)	0.032
LA strain	1.020 (1.009 – 1.066)	0.034		
LVEDV	0.919 (0.885 – 0.943)	0.324		
LVESV	0.935 (0.903 – 0.979)	0.220		
LVEF	0.992 (0.918 – 1.072)	0.838		

MI: myocardial infarction, hs-cTnT: high-sensitivity cardiac troponin T, PWV: pulse wave velocity, GLS: global longitudinal strain, LA: left atrial, LVEDV: left ventricular end-diastolic volume, LVESV: left ventricular end-systolic volume, LVEF: left ventricular ejection fraction.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ084 | Συνάφεια 2D και 3D παραμέτρων συνολικής μυοκαρδιακής παραμόρφωσης στο υπερτροφικό μυοκάρδιο
Ε. Παγκουρέλιας¹, Χ. Τσαβούσογλου¹, Δ. Κοτζαδάμης¹, Α. Ευαγγελίου¹, Μ. Τουμπουρέκα¹, Θ. Σαργιαννίδη¹, Σ. Ουζούνη¹, Ε. Θεοφιλογιαννάκος¹, Δ. Ντέλιος¹, Π. Κυριάκου¹, Σ. Τζίκας¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Β. Βασιλικός¹
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

^Γ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ


Εισαγωγή/Σκοπός: Με βάση προηγούμενες μελέτες σε φυσιολογικό και ισχαιμικό μυοκάρδιο, οι τιμές διδιάστατης (2D) και τριδιάστατης (3D) συνολικής (global) παραμόρφωσης εμφανίζουν μια μέτρια συμφωνία. Σκοπός της μελέτης ήταν i) η διερεύνηση της συνάφειας μεταξύ παραμέτρων 3D και 2D συνολικής παραμόρφωσης σε υπερτροφικό μυοκάρδιο [υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM) και υπερτασική καρδιοπάθεια (HT)] και ii) η διερεύνηση δημογραφικών, άλλων ηχοκαρδιογραφικών και τεχνικών παραμέτρων που μπορεί να επηρεάζουν αυτή τη συνάφεια. **Μέθοδοι:** Συμπεριλάβαμε 40 ασθενείς με HCM ($54,1 \pm 14,3$ έτη, 82,5% άρρενες, μέγιστο πάχος τοιχώματος $19,3 \pm 4,8$ mm) και 15 ασθενείς με HT ($52,3 \pm 8,1$ έτη, 80% άρρενες, μέγιστο πάχος $12,8 \pm 1,4$ mm) οι οποίοι υπεβλήθησαν διαδοχικά σε 2D και 3D ηχοκαρδιογραφία παραμόρφωσης. Οι τιμές κυκλοτερούς (GCS) και επιμήκους (GLS) παραμόρφωσης υπολογίστηκαν από 2D και 3D δεδομένα πλήρους όγκου, από όπου εξήχθησαν επίσης στοιχεία ακτινωτής (GRS) και επιφανειακής (GAS) παραμόρφωσης με βάση μοντέλο 17 μυοκαρδιακών τμημάτων της αριστερής κοιλίας. **Αποτε-**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Λέσματα: Οι τιμές 3D_GLS ήταν $-7,9 \pm 6,8\%$ λιγότερο αρνητικές σε σύγκριση με τις τιμές 2D_GLS [επίπεδο συμφωνίας (LOA) ($-21,1-5,4\%$)], ενώ η ασυμφωνία για τιμές GCS ήταν ακόμη υψηλότερη $-8,5 \pm 8,6$ [LOA ($-25,4-8,4\%$)]. Η απόλυτη συσχέτιση μεταξύ των τιμών παραμόρφωσης από την 2D και 3D απεικόνιση ήταν φτωχή έως μέτρια [ICC = 0,46, 95% CI (0,15-0,68), $p < 0,0005$ για GLS και ICC = 0,19, 95% CI (0,07- 0,38), $p < 0,0005$ για GCS] (Εικόνα 1, άνω και μέσα panels). Ακολουθώντας ανάλυση εξάρτησης και περιλαμβάνοντας πολλαπλές τεχνικές (frame rate, αριθμός αποκλεισμένων τμημάτων), δημογραφικές και υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους, το είδος του υποστρώματος (HCM vs HT) αλλά και το μέγιστο πάχος τοιχώματος βρέθηκαν ως οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ασυμφωνία μεταξύ 3D_GLS και 2D_GLS, όπως μεταξύ 3D_GCS και 2D_GCS ($R^2=0,66$, $p < 0,001$ και $R^2=0,5$ $p=0,001$ αντίστοιχα) (Εικόνα 1 κάτω panels). **Συμπεράσματα:** Στην HCM, οι 2D και 3D παράμετροι συνολικής παραμόρφωσης παρουσιάζουν μέτρια συμφωνία. Κύρια αίτια της χαμηλής συσχέτισης είναι το μέγεθος της υπερτροφίας αλλά και πολλές υπολογιστικές παραδοχές του αλγορίθμου της 3D απεικόνισης.

ΠΑ085 | **Περιστατικό σοβαρής ανεπάρκειας αορτικής βαλβίδας σε ασθενή με αγγειίτιδα Takayasu**

Β. Τάσση¹, Δ. Τζαλας¹, Δ. Οικονόμου¹, Κ. Τριανταφύλλου¹, Δ. Σταλίκας¹, Η. Ν. Παπαδοπούλου¹

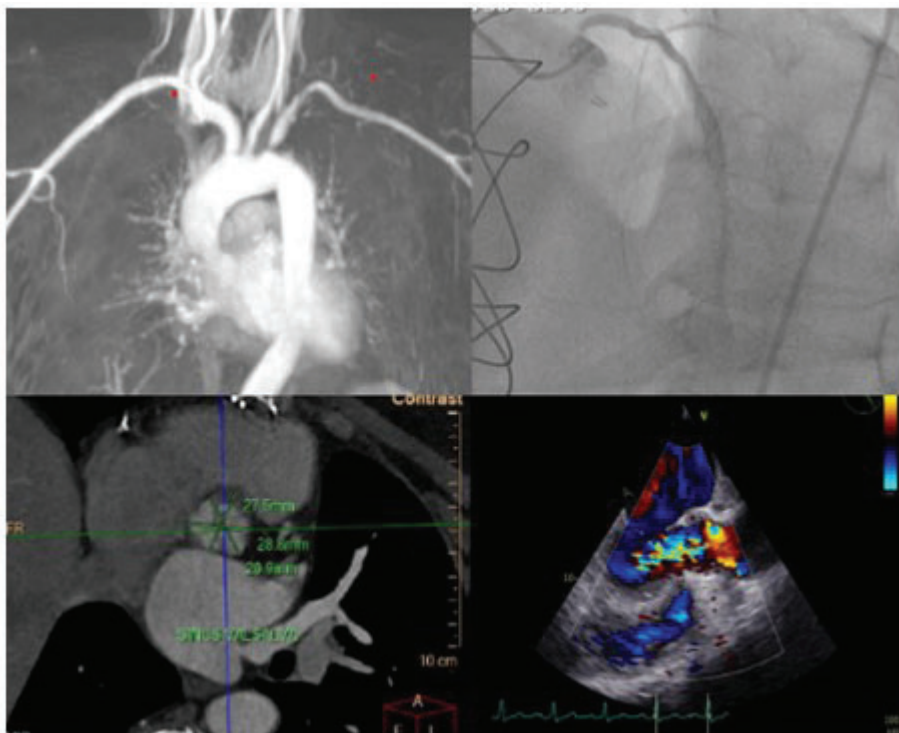
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η όρος αορτίτιδα περιλαμβάνει όλες τις καταστάσεις που οδηγούν στη φλεγμονή του τοιχώματος της αορτής και των κλάδων αυτής. Οι κλινικές εκδηλώσεις και τα εργαστηριακά ευρήματα είναι συνήθως μη ειδικά. Η αγγειίτιδα Takayasu (TAK) είναι συστηματική μη φλεγμονώδης αγγειίτιδα (NIA) που προσβάλλει κυρίως μεγάλες και μεσαίου μεγέθους αρτηρίες. **Παρουσίαση περιστατικού:** Πρόκειται για ασθενή 57 ετών με ιστορικό CABG προ 7 ετίας που παραπέμφθηκε για stress echo λόγω άτυπου θωρακικού άλγους. Στο διαθωρακικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε αριστερή κοιλία στα ανώτερα φυσιολογικά όρια με ικανοποιητική συσταλτικότητα (KE - 55%), πάχυνση της αορτικής ρίζας κυκλοτερώς που προκαλεί σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί. Διενεργήθηκε CT αγγειογραφία-καρδιάς χωρίς να αναδειχθεί διαχωρισμός της αορτής και σημειώθηκε η σημαντική πάχυνση του τοιχώματος της αορτής στο ύψος της αορτικής ρίζας μέχρι και την κολποσωληνώδη συμβολή, στο ύψος του αορτικού τόξου μέχρι και την κατιούσα θωρακική αορτή με επέκταση της εκκύψεις της αριστερής καρωτίδας και της αριστερής υποκλειδίου, στην έκφυση της οποίας προκαλείται σημαντική στένωση. Από την στεφανιογραφία που διενεργήθηκε παρουσιάστηκε σοβαρή στένωση στομιακά στο στελέχος, ολική απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας και της αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας. Εν συνεχεία διενεργήθηκε Μαγνητική Αγγειογραφία η οποία ανέδειξε πεπαχυμένο αορτικό τοίχωμα από το ύψος της αορτικής ρίζας έως και την κατιούσα θωρακική αορτή με άφθονα ινώδη στοιχεία εντός αυτού ενώ στο PET-scan δεν διαπιστώθηκε ενεργός φλεγμονή. Τα ανωτέρω ευρήματα συνηγορούν υπερ αορτίτιδας Takayasu με χρόνιες φλεγμονώδεις βλάβες. Η ασθενής κατόπιν Ρευματολογικής εκτίμησης ετέθη σε

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

αγωγή με μεθοτρεξάτη και από του στόματος κορτικοειδή λόγω της εκτεταμένης βλάβης οργάνου στόχου και συστήθηκε Καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. **Συμπεράσματα-Συζήτηση:** Σε γυναίκες νεαρής ηλικίας, που παρουσιάζουν στηθάγχη, στεφανιαία αγγεία με στοματική στένωση και πάχυνση η οποία προκαλεί στένωση ή και απόφραξη μεγάλων αρτηριών (αορτής ή κλάδων αυτής) η αρτηρίτιδα Takayasu θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση. Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας για τη ΝΙΑ μαζί με την επεμβατική διαχείριση των επιπλοκών. Τέλος η AR είναι μια σοβαρή επιπλοκή της TA που σχετίζεται με υψηλή θνησιμότητα, ενώ η χειρουργική διαχείριση της είναι πρόκληση λόγω της ευθραυστότητας των ιστών και της παρουσίας ίνωσης.



ΕΙΚΟΝΑ 1 Α. Μαγνητική αγγειογραφία, αναδεικνύεται η σημαντική στένωση στην αριστερή υποκλείδια Β. Εικόνα από στεφανιογραφικό έλεγχο, στοματική στένωση στελέχους C. Εικόνα από αξονική στεφανιογραφία, σοβαρή στένωση στελέχους και διαχυτη κυκλοτερής πάχυνση της αορτής D. Διοισοφάγιο υπερηχογράφημα, τομή 3 κοιλοτήτων, πάχυνση της αορτικής ρίζας και jet ανεπαρκείας

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



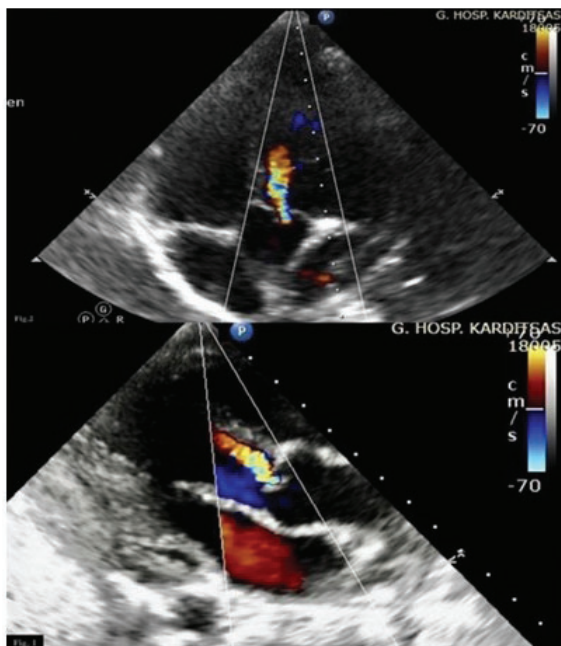
ΕΙΚΟΝΑ 2 Διοισοφάγειο υπερηχογράφημα - Κυκλωτερής πάχυνση της αορτικής ρίζας και Jet

14.00-16.00 Διάλειμμα / Break**16.00-17.00 Μυοκαρδιοπάθειες, περικαρδιακή νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες**Πρόεδροι: **Ι. Γερμανάκης** (Ηράκλειο), **Στ. Λαμπρόπουλος** (Κοζάνη)**ΠΑ086 | Παιδί με σύνδρομο San Filippo και συνυπάρχουσα δίπτυχη αορτική βαλβίδα****Ε. Λαδοπούλου¹, Π. Ζάχος¹, Λ. Πούλιου¹, Π. Βαλάκη¹, Μ. Καρακώστα², Α. Καλέση², Ν. Κάσιμος², Σ. Δεσποτόπουλος³, Σ. Αποστολοπούλου³, Ε. Μπράχος¹, Ν. Τζιώλας¹, Κ. Τσατίρης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ³ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η βλεννοπολυσακχαρίδωση τύπου III (MPS III ή νόσος San Filippo) είναι μια σπάνια αυτοσωματική υπολειπόμενη διαταραχή λυσοσωμικής αποθήκευσης, με συχνότητα 0,28-4,1 περιπτώσεις ανά 100.000 γεννήσεις. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική νευροπάθεια, που προκαλείται από τη συσσώρευση μιας γλυκοζαμινογλυκάνης (ΓΑΓ), της θειϊκής ηπαράνης, στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τυπικά, η σωματική νόσος είναι περιορισμένη,

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



ΕΙΚΟΝΑ 1: Στιγμιότυπα από τη διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη, όπου απεικονίζεται η μικρού βαθμού ανεπάρκεια της διπτυχης αορτικής βαλβίδας.



ΕΙΚΟΝΑ 2: Στιγμιότυπο από την παραστερνική τομή κατά τον βραχύ άξονα στο ύψος των μεγάλων αγγείων, όπου απεικονίζεται διπτυχη αορτική βαλβίδα με σύνδεση της αριστερής με τη δεξιά στεφανιαία πτυχή.

ενώ η καρδιακή συμμετοχή (ΚΣ) είναι λιγότερο συχνή και ηπιότερη σε σύγκριση με άλλους τύπους MPS (I, II, IV). **Υλικό/Μέθοδος:** Αναφέρουμε ένα περιστατικό MPS III με συνοδό καρδιακή ανωμαλία, το οποίο παρακολουθείται στο Παιδοκαρδιολογικό Ιατρείο και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων του νοσοκομείου μας. **Αποτελέσματα:** Το περιστατικό αφορά σε αγόρι 10 ετών, με επιβεβαιωμένη MPS III με ποσοτική ανάλυση ΓΑΓ στα ούρα και γενετικό έλεγχο που ακολούθησε για την αναγνώριση του τύπου, κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας του για πολλαπλές λοιμώξεις του αναπνευστικού. Το αγόρι παρουσιάζει αδενοειδές προσωπείο, αμφοτερόπλευρη νευροαισθητήρια κώφωση, πολλαπλή δυσόστωση, διαταραχές λόγου και συμπεριφοράς και σοβαρή νοητική υστέρηση. Το υπερηχοκαρδιογράφημα αποκάλυψε δίπτυχη αορτική βαλβίδα με συνοδό μικρού βαθμού ανεπάρκεια αυτής με έκκεντρο πίδακα παλινδρόμησης, χωρίς την παρουσία ισθμικής στένωσης. **Συμπεράσματα:** Η ΚΣ δεν είναι σπάνια στη MPS III, επηρεάζοντας το μυοκάρδιο, τις βαλβίδες, το σύστημα αγωγής και σπάνια τις στεφανιαίες αρτηρίες. Η βαλβιδική νόσος, είναι συνήθως ήπια. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ότι η μιτροειδής βαλβίδα επηρεάζεται συχνότερα σε σύγκριση με την αορτική βαλβίδα και η ανεπάρκεια είναι πιο συχνή από τη στένωση. Η περίπτωση μας φαίνεται να είναι η πρώτη περίπτωση από όσο γνωρίζουμε που περιγράφει δίπτυχη αορτική βαλβίδα σε MPS III

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ087 | Νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Π. Καρακάσης¹, Κ. Παμπόρης², Β. Νεύρας³, Π. Σταχτέας¹, Ν. Φραγκάκης¹

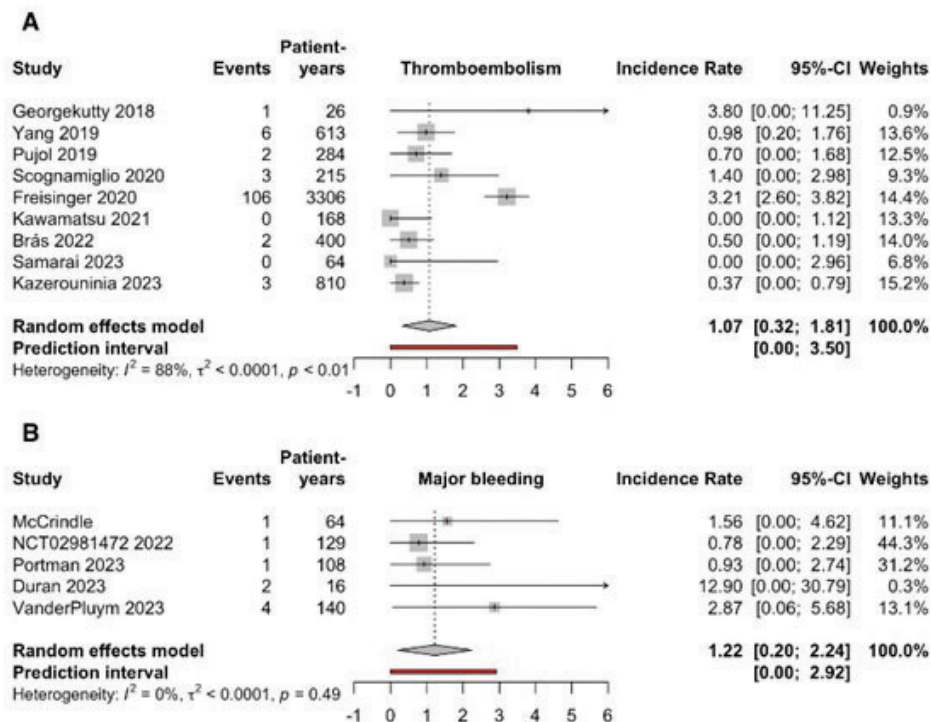
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

² Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Οι ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες παρουσιάζουν αυξημένο θρομβοεμβολικό κίνδυνο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των νεότερων από του στόματος αντιπηκτικών (DOACs) σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς με

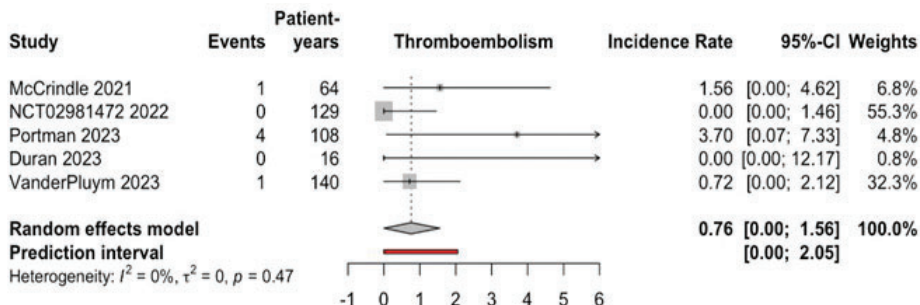


Εικόνα 1. Forest plots της επίπτωσης θρομβοεμβολικών συμβάντων (Α) και μείζονων αιμορραγικών συμβάντων (Β) σε ενήλικες ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες οι οποίοι έλαβαν αντιπηκτική θεραπεία με DOACs.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

συγγενείς καρδιοπάθειες. Η έρευνα της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε μέσω των Medline (PubMed) και Cochrane Database of Systematic Reviews. Ακολούθως, έγινε διαλογή των άρθρων, εξαγωγή των δεδομένων και αξιολόγηση της ποιότητας των πρωτογενών μελετών εις διπλούν, βάσει της Newcastle-Ottawa quality assessment scale. Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 3285 ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για 6342 ανθρωπο-έτη. εκ των οποίων 2702 ενήλικες και 583 παιδιατρικοί ασθενείς. Η πλειοψηφία των ασθενών (69.9%) έλαβε DOACs λόγω κολπικής μαρμαρυγής ή πτερυγισμού. Το ετήσιο ποσοστό θρομβοεμβολικών και μείζονων αιμορραγιών για τον ενήλικο πληθυσμό ήταν 1,07% (95% CI: 0,32 με 1,81) και 1,74% (95% CI: 0,34 με 3,14) αντιστοίχως. Αναφορικά με τον παιδιατρικούς ασθενείς η θεραπεία με DOACs αποδείχθηκε εξίσου αποτελεσματική και ασφαλής (0,76%, 95% CI: [0 με 1,56] για θρομβοεμβολικά συμβάντα και 1,22%, 95% CI: [0,2 με 2,24] για μείζονες αιμορραγίες). Τα DOACs φαίνονται ασφαλή και αποτελεσματικά σε ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες χωρίς μηχανικές καρδιακές βαλβίδες. Ωστόσο, απαιτούνται επιπρόσθετες μελέτες για να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητά τους σε σύνθετες συγγενείς καρδιοπάθειες, ειδικά σε αυτές με κυκλοφορία τύπου Fontan.



Εικόνα 2. Forest plot της επίπτωσης θρομβοεμβολικών συμβάντων σε παιδιατρικό πληθυσμό με συγγενείς καρδιοπάθειες ο οποίος έλαβε αντιπηκτική θεραπεία με DOACs.

ΠΑ088 | **ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΠΙΞΑΜΠΑΝΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ**

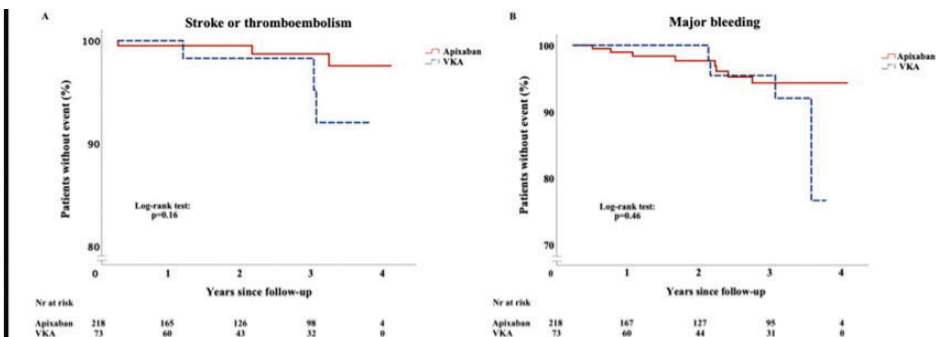
Α. Κάρτας¹, Α. Παπάζογλου¹, Δ. Μωυσιδής¹, Σ. Δεσποτόπουλος¹, Α. Μπαρουτιδου¹, Δ. Κοσμίδης¹, Α. Κουτσάκης¹, Σ. Λιώρη², Σ. Αποστολοπούλου³, Α. Φρογουδάκη², Α. Τζίφα⁴, Α. Γαλατάς¹, Γ. Αλεξανδρίδης¹, Ε. Σπυριδωνίδης¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Ε. Καραγιαννίδης¹, Χ. Καρβούνης¹, Α. Ζιάκας¹, Γ. Γιαννακούλας¹

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

- ¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ
Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ³ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
- ⁴ Νοσοκομείο "Μητέρα", Αθήνα

Εισαγωγή Στους ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια (ΕΑΣΚ), οι κολπικές αρρυθμίες συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Τα δεδομένα σχετικά με τη χρήση νεότερων από του στόματος αντιπηκτικών (ΝΑΣΑ) στους ΕΑΣΚ με κολπική αρρυθμία σπανίζουν. Στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της απιξαμπάνης σε ΕΑΣΚ με κολπικές αρρυθμίες. **Μέθοδοι** Διεξαγάγαμε μια προοπτική, πολυκεντρική, μελέτη παρατήρησης ΕΑΣΚ με κολπική μαρμαρυγή, κολπικό πτερυγισμό ή κολπική ταχυκαρδία επανεισόδου υπό απιξαμπάνη (PROTECT-AR, NCT03854149) από το 2019 ως το 2023. Οι ασθενείς οι οποίοι ήταν σε ανταγωνιστές βιταμίνης Κ (ΑΒΚ) προτού μεταβούν σε απιξαμπάνη αναλύθηκαν ως ιστορική κοόρτη. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο αποτελεσματικότητας ήταν το αγγειακό εγκεφαλικό (ΑΕΕ) ή θρομβοεμβολή. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ασφάλειας ήταν η μείζονα αιμορραγία. **Αποτελέσματα** Στη μελέτη PROTECT-AR συμπεριλήφθηκαν, 218 ΕΑΣΚ με κολπικές αρρυθμίες (προηγούμενη χρήση ΑΒΚ σε 34.9%) υπό απιξαμπάνη (μέση ηλικία 51±17 έτη; 45.9% άνδρες; κυρίως μέτριας πολυπλοκότητας συγγενής καρδιοπάθεια). Σε μέσο διάστημα παρακολούθησης 2.4±1.3 έτη, η ετήσια επίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή θρομβοεμβολής ήταν 0.57% (95% διάστημα εμπιστοσύνης [ΔΕ]: 0.15-1.55) και η ετήσια επίπτωση μείζονα αιμορραγίας ήταν 1.52% [95% ΔΕ: 0.71-2.88] ανά ασθενή. Η σύγκριση της επίπτωσης των συμβάντων της προοπτικής κοόρτης με την επίπτωση των συμβάντων υπό ΑΒΚ στην ιστορική κοόρτη δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές (Εικόνα). **Συμπεράσματα** Σε ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια και κολπική αρρυθμία σε θεραπεία ρουτίνας με απιξαμπάνη, ο κίνδυνος μείζονων θρομβοεμβολικών ή αιμορραγικών επεισοδίων ήταν χαμηλός. Ο κίνδυνος για δυσμενείς εκβάσεις στους ασθενείς υπό απιξαμπάνη ήταν συγκρίσιμος με αυτόν που είχαν ασθενείς που προηγουμένως ελάμβαναν ΑΒΚ.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ089 | Αναστροφή σπλάχνων και σπογγώδες μυοκάρδιο: μια σπάνια συσχέτιση
N. Μηλαράς¹, B. Νεύρας², I. Νταλακούρας¹, B. Μαντζιάρης¹,
T. Κλογκέρι¹, Π. Κωστάκης¹, E. Ματζουράνης³, E. Τριανταφύλλου¹,
A. Μαυρουδής³, Z. Σωτηρίου⁴, Σ. Σιδεράς¹

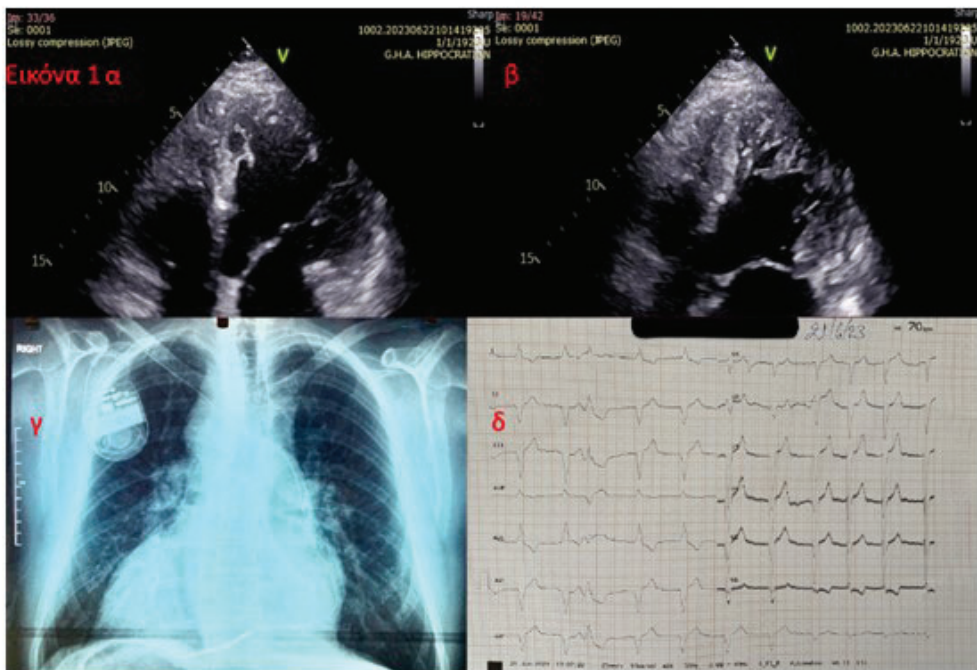
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/σκοπός: Η δεξιοκαρδία είναι μια σπάνια πάθηση που συνήθως διαγιγνώσκεται τυχαία και σχετίζεται με άλλες συγγενείς ανωμαλίες. Χαρακτηρίζεται από τη θέση της καρδιάς στο δεξιό ημιθώρακα, με τον άξονα βάσης-κορυφής της να κατευθύνεται προς τα κάτω δεξιά. Η επίπτωσή του που σχετίζεται με το situs inversus, στον γενικό πληθυσμό, είναι



Εικόνα 1 α) Υπερηχοκαρδιογραφική τομή τεσσάρων κοιλωτήτων στη διαστολή και β) συστολή που αναδεικνύει την έντονη δοκίδωση κορυφαίου-πλαγίου τοιχώματος γ) ακτινογραφία θώρακος με δεξιοκαρδία, αναστροφή αορτικού τόξου και γαστρικής φυσαλίδας δ) ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

1:10.000. Η σπογγώδης μυοκαρδιοπάθεια (LVNC) με τη σειρά της, έχει συχνότητα που κυμαίνεται από 0,014 έως 1,3%, μπορεί να εμφανιστεί μόνη της ή να σχετίζεται με άλλες συγγενείς διαμαρτίες και προκύπτει από αποτυχία στη διαδικασία συμπίεσης των μυοκαρδιακών ινών, με αποτέλεσμα την επιμονή δοκιδωτών και βαθιών εσοχών που επικοινωνούν με την αριστερά κοιλία. Περιγράφεται μια σπάνια συσχέτιση αυτών των δύο οντοτήτων. **Υλικό και μέθοδος:** Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς που προσήλθε στο νοσοκομείο μας αιτιώμενος συγκοπτικό επεισόδιο. Στην περιπατητική ηλεκτροκαρδιογραφία διαπιστώθηκε κολπική μαρμαρυγή, πολλαπλές έκτακτες κοιλιακές συστολές και τριπλές μη εμμένουσες κοιλιακής ταχυκαρδίας. Υπερηχοκαρδιογραφικά διαπιστώθηκε μειωμένη συστολική απόδοση αριστεράς κοιλίας (KE=35%), αυξημένη δοκίδωση κορυφής που πληροί τα κριτήρια LVNC και δεξιοκαρδία. Λόγω υποψίας συνύπαρξης αναστροφής σπλάχνων διενεργήθηκε ακτινογραφία θώρακος που επιβεβαίωσε τη διάγνωση. **Αποτελέσματα:** Λόγω αυξημένου κινδύνου για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο αποφασίσθηκε η τοποθέτηση απινιδωτή σε συνδιασμό με τη φαρμακευτική αγωγή. Ο ασθενής εξήλθε χωρίς επιπλοκές. **Συμπέρασμα:** Στη δεξιοκαρδία με αναστροφή σπλάχνων, σχηματίζεται μια κατοπτρική εικόνα της καρδιάς των μεγάλων αγγείων και των κοιλιακών οργάνων, διατηρώντας όμως τη μεταξύ τους σχέση. Η φυσική ιστορία της LVNC δεν είναι ακόμη καλά τεκμηριωμένη. Οι ασθενείς με LVNC μπορεί να παραμείνουν ασυμπτωματικοί ή να αναπτύξουν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας (53%), κοιλιακή ταχυκαρδία (41%) ή εμβολικά επεισόδια λόγω θρομβογένεσης στις δοκιδώσεις (24%). Ο αρρυθμιολογικός θάνατος είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας.

ΠΑ090 | **Σύνδρομο Takotsubo και παράταση του QTc διαστήματος**

Π. Ντινοπούλου¹, Ι. Παϊζής¹, Π. Μαντζουράτου¹, Ι. Μπαρμπετσέας¹

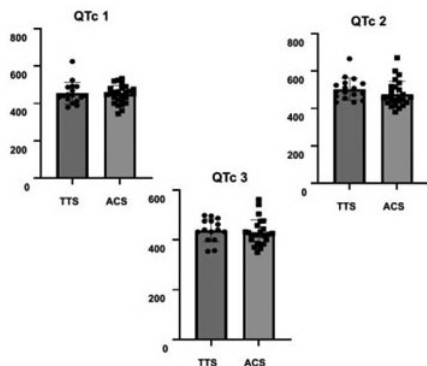
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Το σύνδρομο Takotsubo (TTS) είναι μια οξεία καρδιολογική οντότητα που παρουσιάζει παρόμοια κλινική εικόνα με το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ACS) και συχνά η διαφορική διάγνωση μεταξύ των δύο είναι δυσχερής. Στο TTS ανευρίσκονται μη ειδικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, όπως η παράταση του διαστήματος QT. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου της παράτασης του διορθωμένου διαστήματος QT (QTc) ως διαγνωστικό κριτήριο στο TTS. **Υλικό και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική μελέτη χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε στεφανιογραφία και πληρούσαν τα Διεθνή Διαγνωστικά Κριτήρια για το TTS και συγκρίθηκαν με ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ACS). Συγκρίθηκε η παράταση του διαστήματος QTc μεταξύ των δύο ομάδων στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) εισαγωγής (QTc1), στο ΗΚΓ με το μέγιστο διάστημα QTc - της δεύτερης ή τρίτης ημέρας νοσηλείας - (QTc2) και στο ΗΚΓ εξόδου (QTc3). **Αποτελέσματα:** Η διαδικασία αναζήτησης στη βάση δεδομένων ανέδειξε συνολικά 52 ασθενείς με TTS από τους οποίους 17 συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η ομάδα ACS αποτελούνταν από 26 ασθενείς. Παρόλο που τα διαστήματα QTc1 (TTS: 454,4 msec, ACS: 447,7 msec, p=0,68), QTc2 (TTS: 503,8 msec, ACS: 477,1 msec, p=0,19) και QTc3 (TTS: 438,7 msec, ACS: 429,4 msec, p=0,57) ήταν περισσότερο παρατεταμένα στην ομάδα του TTS σε

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Diagram 1. TTS vs. ACS QTc interval (p>0.05)



σύγκριση με την ομάδα του ACS, τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά. **Συμπεράσματα:** Η παρούσα αναδρομική μελέτη ανέδειξε πως παρόλο που το διάστημα QTc τείνει να παρατείνεται περισσότερο σε ασθενείς με TTS συγκριτικά με ασθενείς με ACS, η παράταση του QTc δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό κριτήριο του TTS.

		TTS	ACS	p
ECG	STE	11,76%	34,62%	0,15
	NSTE	88,24%	65,38%	
PCI		5,88%	57,69%	0,001
QTc1 (msec)		454,4	447,7	0,68
QTc2 (msec)		503,8	477,1	0,19
QTc3 (msec)		438,7	429,4	0,57
CA	No/mild	82,35%	0%	0,001
	1 vessel	17,65%	34,62%	0,31
	Multivessel	0%	65,38%	0,001
Min LVEF (%)		35,88	48,65	0,001
Max hs-CTnT (pg/ml)		470,1	2947	0,01

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ091 | **ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΤΑΞΙΑ FRIEDREICH
Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΙΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
Αικ. Γιαννακοπούλου¹, Α. Δ. Μπελεγρίνος¹, Μ. Τσότρα¹, Μ. Κατσαλούλη¹,
Ε. Καρανάσιος¹**

¹ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

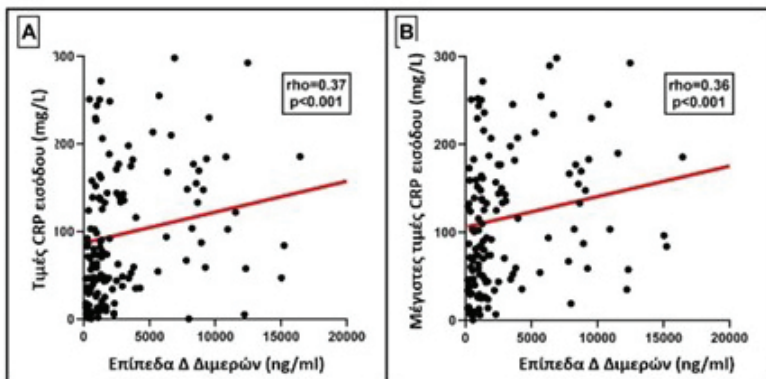
ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η αταξία Friedreich (FA) είναι μια πολύ σπάνια αυτοσωμική νευροεκφυλιστική νόσος που εμφανίζεται στην παιδική και πρώιμη εφηβική ηλικία. Σημαντικό ποσοστό (>60%) αναπτύσσει υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και οι ασθενείς αυτοί πεθαίνουν λόγω των καρδιαγγειακών επιπλοκών με μέση διάρκεια ζωής 40 έτη. **ΣΚΟΠΟΣ** Σκοπός της μελέτης είναι να περιγράψει η καρδιαγγειακή συμμετοχή της νόσου, και η βέλτιστη αντιμετώπιση της σε Μονάδα Νευρομυϊκών Νοσημάτων (MNN) τριτοβάθμιου νοσοκομείου. **ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ** Σε MNN παρακολουθούνται 403 άτομα με νευρομυϊκές παθήσεις. Από αυτά επτά (1,7%), (3 άνδρες και 4 γυναίκες) πάσχουν από FA με μέσο όρο ηλικίας τα 17,8 έτη και εύρος τιμών από 11 έως 31έτη. Γονιδιακός έλεγχος έγινε σε όλους τους ασθενείς (επαναλαμβανόμενη τριπλή επανάληψη GAA στο γονίδιο της πρωτεΐνης φραταξίνη). Η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν τα 10 έτη και τέθηκε λόγω νευρολογικών συμπτωμάτων. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΗΚΓ, υπερηχοκαρδιογράφημα, χολτερ ρυθμού και cMRI. Η μέση παρακολούθηση των ασθενών αυτών είναι 8 έτη. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους επτά ασθενείς οι δύο (28,5%) έχουν φυσιολογική καρδιακή λειτουργία. Στο ΗΚΓ οι υπόλοιποι πέντε ασθενείς έχουν διαταραχές επαναπόλωσης, αυξημένα δυναμικά και τέσσερις (80%) βαθειά αρνητικά T σε όλες τις απαγωγές. Στο echo καρδιάς αναδείχθηκε συγκεντρική υπερτροφία χωρίς απόφραξη στο χώρο εξόδου αρχικά και στους πέντε ασθενείς με πάχος τοιχωμάτων 14,15mm+0,9 και φυσιολογική συσταλτικότητα. Σε όλους τους ασθενείς τέθηκε Holter ρυθμού. Τέσσερις ασθενείς είχαν μεμονομένες μονόμορφες υπερκοιλιακές και κοιλιακές συστολές. Σε μια ασθενή τέθηκε εμφυτεύσιμο Holter ρυθμού το οποίο 3 χρόνια μετά, δεν κατέγραψε επικίνδυνες για τη ζωή αρρυθμίες και αφαιρέθηκε. Και οι πέντε ασθενείς με καρδιαγγειακά ευρήματα είχαν συνεχώς αυξημένα επίπεδα τροπονίνης I. Στους ασθενείς αυτούς έγινε μαγνητική τομογραφία καρδιάς με γαδολίνιο που ανέδειξε εκτεταμένες διάχυτες ινώσεις και αυξημένο τελοδιαστολικό πάχος τοιχωμάτων. Ένας από τους πέντε αυτούς ασθενείς κατέληξε σε ηλικία 19 ετών λόγω σταδιακά επειδευόμενης καρδιακής ανεπάρκειας. Αρχικά εμφάνισε υπερτροφία της αριστερής κοιλίας χωρίς απόφραξη, αλλά στη συνέχεια προοδευτική λέπτυνση των τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας, μειωμένη συνολική συσταλτικότητα <0% και κοιλιακή αρρυθμιογένεση. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε αγωγή με ACEi, επλερενόνη και συνένζυμο Q10. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.** Η αταξία Friedreich είναι μια σπάνια κληρονομική, πολυσυστηματική διαταραχή της μιτοχονδριακής λειτουργίας με νευρολογικές και καρδιακές επιπλοκές. Απαιτείται συστηματική στενή παρακολούθηση των εξελικτικά επιδευόμενων καρδιακών επιπλοκών, σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση αλλά και ανάπτυξη νέων θεραπευτικών στρατηγικών ώστε να βελτιωθεί η πρόγνωση της νόσου.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ092 | Ο διαγνωστικός και προγνωστικός ρόλος των Δ-διμερών σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο οξείας περικαρδίτιδας
**A. Βαλατούς¹, Π. Κ. Βλαχάκης¹, Π. Θεοφίλης¹, Φ. Ε. Δασούλα¹,
A. Λαζάρου¹, A. Βορδώνης¹, Σ. Δρογκάρης¹, Γ. Κουτσόπουλος¹,
E. Μαντά¹, N. Κτενόπουλος¹, X. Βλαχόπουλος¹, K. Τσιούφης¹, Γ. Λάζαρος¹**
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Έως σήμερα ο ρόλος των βιοδεικτών του πλάσματος στη διάγνωση και πρόγνωση ασθενών με οξεία περικαρδίτιδα (ΟΠ), παραμένει ένα πεδίο το οποίο δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει το διαγνωστικό και προγνωστικό ρόλο της χρήσης των Δ-διμερών (ΔΔ), ενός εύκολα προσδιορίσιμου βιοδείκτη, σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ΟΠ. **Μέθοδοι:** Πρόκειται για μια προοπτική κλινική μελέτη, στην οποία συμπεριελήφθησαν 265 ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ΟΠ που νοσηλεύτηκαν στην Α Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική του Ιπποκρατείου ΓΝ Αθηνών από τον Σεπτέμβριο του 2010 έως τον Μάιο του 2019. Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία, καθώς και δεδομένα σχετικά με την κλινική συμπτωματολογία, εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα. Όλοι οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για τουλάχιστον 18 μήνες. Καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν η εμφάνιση καρδιακού επιπωματισμού, υποτροπιάζουσας/συμπτωστικής περικαρδίτιδας, νέου επεισοδίου κοιλιακής μαρμαρυγής, η πραγματοποίηση παροχέτευσης του περικαρδιακού υγρού, και ο θάνατος. **Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα των ΔΔ μετρήθηκαν σε 165 από τους 265 ασθενείς (62,3%, μέση τιμή 1456 ng/mL). Από αυτούς, 121 ασθενείς (73,3%) είχαν υψηλές τιμές ΔΔ προσαρμοσμένες ως προς την ηλικία. Οι ασθενείς με υψηλές τιμές ΔΔ παρουσίαζαν σε υψηλότερο ποσοστό πλευριτικές (69,4% έναντι 38,6%, $p < 0,001$) και περικαρδιακές συλλογές (89,3% έναντι 72,7%, $p = 0,009$). Παράλληλα παρατηρήθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ των ΔΔ και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης κατά την εισαγωγή ($\rho = 0,37$), καθώς και της μέγιστης τιμής της ενδονοσοκομειακά ($\rho = 0,36$) (Εικόνα 1). Οι ασθενείς με αυξημένη τιμή ΔΔ εμφάνισαν τάση για αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης περικαρδιακού επιπωματισμού



ενδονοσοκομειακά σε σύγκριση με εκείνους που είχαν φυσιολογικές τιμές (14,9% έναντι 4,5%, $p = 0,07$). Αντίθετα δεν υπήρξαν διαφορές στην απώτερη έκβαση τους σε σχέση με τα επίπεδα ΔΔ εισόδου (Εικόνα 2). Είναι αξιοσημείωτο ότι

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

στο 43,8% των ασθενών με υψηλά ΔΔ, διενεργήθηκε αξονική τομογραφία (ΑΤ) με πρωτόκολλο πνευμονικής εμβολής, χωρίς να τεκμηριωθεί σε κανένα περιστατικό η διάγνωση της πνευμονικής εμβολής ή οξέος αορτικού συνδρόμου. **Συμπεράσματα:** Αυξημένα επίπεδα ΔΔ ανιχνεύονται στη πλειοψηφία των περιπτώσεων ΟΠ και μπορεί να συνδυάζονται με αυξημένη επίπτωση καρδιακού επιπωματισμού. Σε ασθενείς με προκάρδιο άλγος που δεν ανιχνεύεται εναλλακτική αιτία, η αυξημένη τιμή των ΔΔ φαίνεται να υποδηλώνει φλεγμονώδες σύνδρομο. Επί απουσίας κλινικών ενδείξεων, δεν θα πρέπει οδηγούμαστε σε διενέργεια περαιτέρω εξετάσεων, όπως η ΑΤ.

	Φυσιολογικές τιμές ΔΔ (N=44)	Υψηλές τιμές ΔΔ (N=121)	P
Νεοεμφανιζόμενη κοιλική μαρμαρυγή (%)	3 (6,8)	13 (10,7)	0,45
Καρδιακός επιπωματισμός (%)	2 (4,5)	18 (14,9)	0,07
Παροχέτευση περικαρδιακού υγρού (%)	11 (25,0)	26 (21,5)	0,63
Συμπτωτική περικαρδίτιδα (%)	0	1 (0,8)	0,55
Θάνατος (%)	1 (2,3)	6 (5,0)	0,45
Υποτροπή περικαρδίτιδας (%)	17 (38,6)	47 (39,5)	0,92

ΠΑ093 | One-year experience of a specialist outpatient clinic for Inherited Cardiovascular Diseases in a tertiary hospital of NorthWestern Greece as part of the developing Network of Greek National Network of Precision Medicine in Cardiology (GR Inherited Network)

I. Gartzonikas¹, I. Ntakoula¹, A. Bechlioulis¹, L. Lakkas¹, A. Rammos¹, L. Michalis¹, K. Naka¹, A. Mpechlioulis¹

¹ Heart Failure Unit, Second Department of Cardiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina & University Hospital of Ioannina, Greece

Purpose. Sudden death at younger ages is primarily caused by inherited CVD. North Western Greece, due to its remote regions that functioned for long as isolated societies, is a natural park of inherited CVD, similar to Greek islands. Recognizing the need of effective management of patients and families with inherited CVD or sudden cardiac death (SCD) and with the support of the GR Inherited Network, an outpatient clinic for inherited CVD was established in our Department. The results of the first year of our clinic are presented here. **Methods.** Patients examined in our outpatient clinic for inherited CVD during the first year of its establishment within the Second Department of Cardiology in the University Hospital of Ioannina, were retrospectively studied. Inclusion criteria were a probable diagnosis of inherited CVD or relatives of patients with SCD or inherited diseases. **Results.** During 2022 (12 months), 180 patients were examined; 45% (n=81) were females, mean age was 48±15.5 years, while 30.6%

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

(n=55) were screened as relatives of patients with cardiomyopathy or SCD. An asymptomatic form of inherited CVD was found in 24% (n=43) of patients. After the initial evaluation and a three-generation family tree, a familial pattern was recognized in 81% (n=146) of cases. Among the examined patients, 32.8% (n=59) were diagnosed within the clinical spectrum of dilated CMP, 37.2% (n=67) with hypertrophic CMP, 7.7% (n=14) arrhythmogenic CMP, 2.8% (n=5) cardiac amyloidosis, 1.7% (n=3) myotonic dystrophia, 5% (n=9) unclassified CMP and 12.8% (n=23) with inherited types of dyslipidemias. Following risk stratification, 10.5% (n=19) underwent ICD implantation for primary SCD prevention. Finally, only 5% (n=9) of patients underwent genetic testing. **Conclusion.** The systematic approach of patients and families with inherited CVD, which includes thorough phenotyping, risk stratification, cascade screening of relatives and genotyping, could lead to extensive recognition of pre-clinical forms of diseases and early embracement of strategies toward primary prevention of SCD. The development and greater support of specialist outpatient clinics for inherited CVD, also by ensuring access to genetic testing, may lead to an effective decrease in SCD burden, especially in the young and in regional cities.

ΠΑ094 | **Μεσοκοιλιακή επικοινωνία μετά από μυεκτομή: σπάνια μετεγχειρητική επιπλοκή σε ασθενή με αποφρακτική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια**
**Π. Βαλάκη¹, Π. Ζάχος¹, Ε. Λαδοπούλου¹, Λ. Πούλιου¹, Δ. Ράπτης¹,
Γ. Φάκας¹, Α. Δεστούνης², Α. Θεοδόσης-Γεωργιάδης², Ν. Λάμα³,
Ε. Μπράχος¹, Ν. Τζιώλας¹, Κ. Τσατίρης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

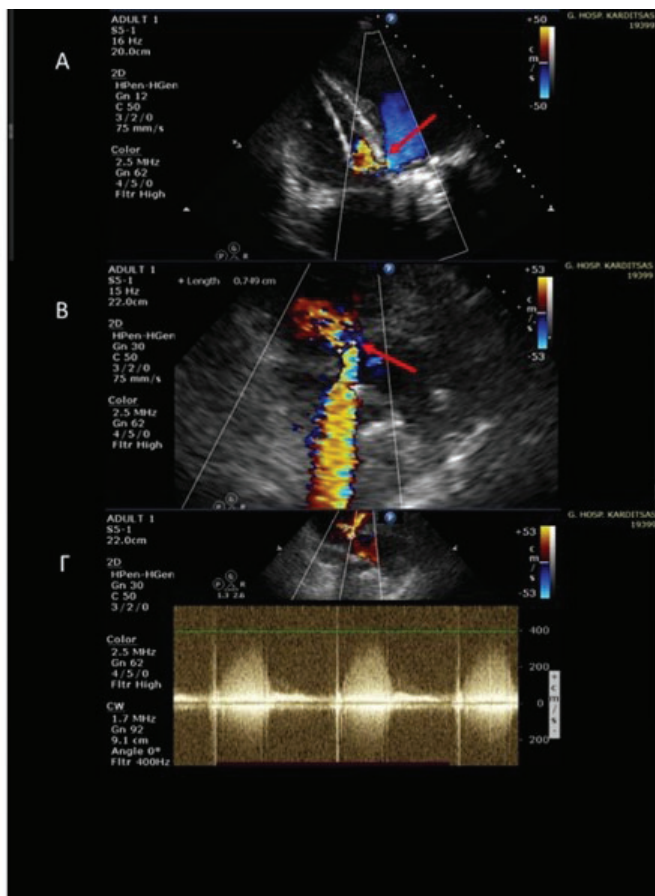
² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ Μονάδα Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μεσοκοιλιακή επικοινωνία αποτελεί την συχνότερη συγγενή καρδιοπάθεια είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με άλλες συγγενείς ανωμαλίες. Σπανιότερα μεσοκοιλιακή επικοινωνία προκαλείται επίκτητα ως επιπλοκή εμφράγματος μυοκαρδίου μετά από ρήξη μεσοκοιλιακού διαφράγματος, είτε ιατρογενώς μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Ειδικότερα, η μεσοκοιλιακή επικοινωνία μετά από μυεκτομή του βασικού μεσοκοιλιακού διαφράγματος σε χειρουργικές επεμβάσεις υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας αποτελεί σπάνια επιπλοκή με επίπτωση 0-2%. **Υλικό/Μέθοδος:** Παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με πρωτοδιαγνωσθείσα μεσοκοιλιακή επικοινωνία μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση. **Αποτελέσματα:** Πρόκειται για άνδρα 75 ετών, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας, αιτώμενος δύσπνοια προοδευτικά επιδεινούμενη από ημερών. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται ισχαιμική καρδιοπάθεια, καρδιοχειρουργική επέμβαση το 2015 με αντικατάσταση της αορτικής και της μιτροειδούς με μεταλλικές προσθετικές βαλβίδες, μυεκτομή του βασικού μεσοκοιλιακού διαφράγματος λόγω αποφρακτικής υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, αορτοστεφανιαία παράκαμψη στον πρόσθιο κατιόντα με φλεβικό μόσχευμα και τοποθέτηση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



Εικόνα: Μυϊκού τύπου μεσοκοιλιακή επικοινωνία (βέλη) στο βασικό τμήμα με επέκταση **A**, στο χώρο εισόδου (κορυφαία τομή τεσσάρων κοιλοτήτων) και **B**, στο μεμβρανώδες μεσοκοιλιακό διάφραγμα (βραχύς άξονας στο επίπεδο των μεγάλων αγγείων) με αριστερό-δεξιά ροή **Γ**. Περιοριστική μεσοκοιλιακή επικοινωνία

κολποκοιλιακού βηματοδότη. Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα (ΤΤΕ) διαπιστώθηκε διατηρημένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας με υπερτροφία τοιχωμάτων, μεταλλικές βαλβίδες στην θέση της αορτικής και τις μιτροειδούς καθώς λειτουργούσες, ενώ διεγνώσθη μικρή, περιοριστική, μυϊκού τύπου μεσοκοιλιακή επικοινωνία στο βασικό τμήμα με επέκταση στον χώρο εισόδου (inlet) και στο μεμβρανώδες μεσοκοιλιακό διάφραγμα με αριστερό-δεξιά ροή.

Συμπεράσματα: Τα ελλείματα μετά από μυεκτομή αποκαθίστανται δύσκολα λόγω επιβαρυνμένης κατάστασης του διαφραγματικού τοιχώματος από την προηγούμενη επέμβαση. Χειρουργική παρέμβαση απαιτείται μόνο σε μεγάλα, μη περιοριστικά ελλείματα που προκαλούν αιμοδυναμική επιβάρυνση, ενώ στα μικρά, περιοριστικού τύπου προτιμάται παρακολούθηση και συντηρητική αντιμετώπιση, όπως στην περίπτωση του ασθενούς μας. Τα ανωτέρω υπογραμμίζουν την ανάγκη διεξοδικού ελέγχου των ασθενών μετεγχειρητικά για ανεύρεση επιπλοκών και επι-

διόρθωση αυτών αναλόγως της αιμοδυναμικής κατάστασης του ασθενούς και της κλινικής τους σημασίας

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

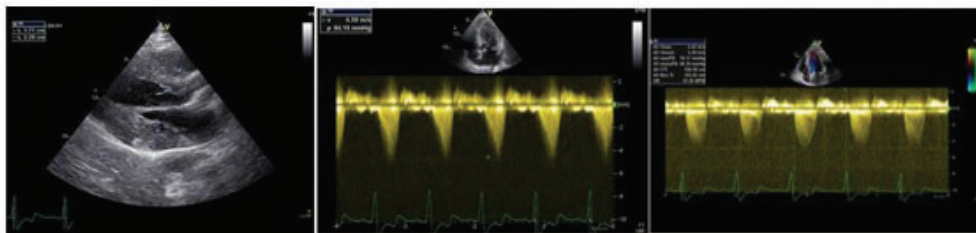
ΠΑ095 | **Ενδοκοιλιακή απόφραξη της αριστερής κοιλίας σε πολλαπλά επίπεδα. Διαφοροδιάγνωση-ποσοτικοποίηση**
**Κ. Παπαδόπουλος¹, Δ. Οικονομίδης¹, Ε. Τάσης¹, Κ. Ριτσάτος²,
 Α. Καλανγκός³, Ι. Τσιαφούτης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ

³ Ομιλος Ευρωκλινικής

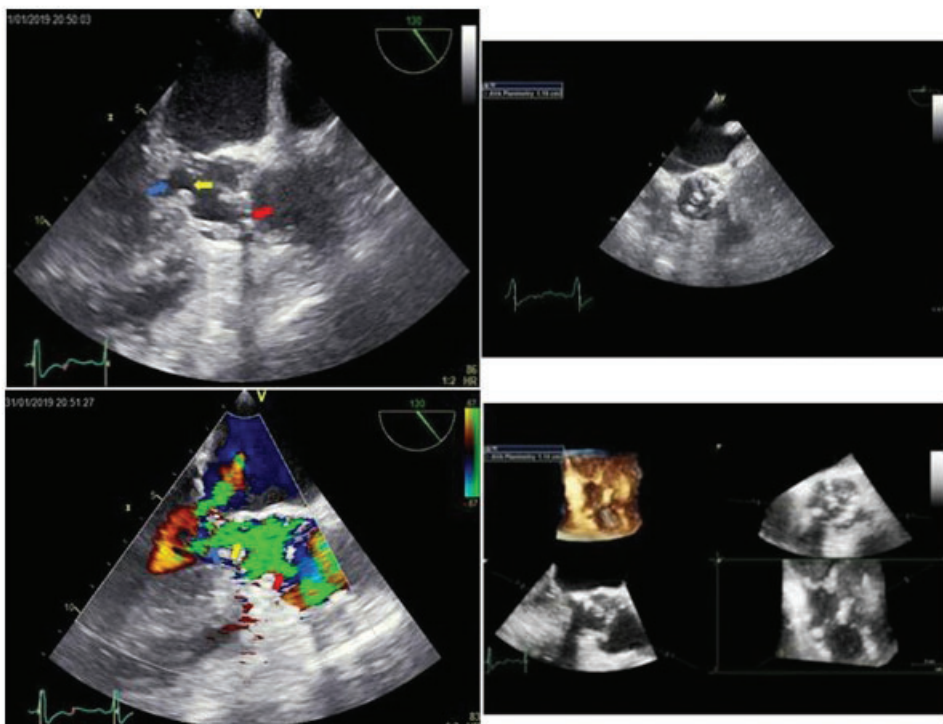
Εισαγωγή/Σκοπός: Η ύπαρξη υποαορτικής μεμβράνης μπορεί να προκαλέσει σημαντική υπερτροφία τοιχωμάτων της ΑΚ, κάνοντας δύσκολη την διαφοροδιάγνωση της από την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια καθώς και τη στένωση της αορτικής βαλβίδας. Σκοπός της παρουσίας του συγκεκριμένου περιστατικού είναι να αναδείξει την παρουσία απόφραξης σε πολλαπλά επίπεδα στην ΑΚ σε έναν ασθενή με δύσπνοια προσαπνοίας. **Υλικό /Μέθοδοι:** Πρόκειται για έναν καπνιστή άνδρα, 53 ετών με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό, ο οποίος προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αιτιώμενος δύσπνοια και θωρακαλγία κατά την άσκηση. Στο ΤΕΠ ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός με ΑΠ: 135/75 mmHg, 85 σφύξεις/λεπτό και SPO2: 98% (FiO2: 2l). Από την εξέταση του καρδιαγγειακού συστήματος αναδείχθηκε ένα συστολικό φύσημα ακουστό κυρίως αριστερά παραστερνικά, έντασης 3/6, η οποία αυξάνεται με χειρισμούς Valsalva. **Αποτελέσματα:** Το διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε υπερτροφικά τοιχώματα (Μεσοκοιλιακό (ΜΚΔ) : 22mm, Οπίσθιο: 17 mm) και καλή συνολική συστολική απόδοση της ΑΚ (Κλάσμα Εξώθησης : 70%), αορτική βαλβίδα (ΑV) με ασβέστωση των πτυχών της, καθώς και ενδοκοιλιακή απόφραξη της ΑΚ σε τρία επίπεδα η οποία οφείλεται σε πρόσθια κίνηση της μιτροειδούς βαλβίδας προς το ΜΚΔ στο χώρο εξόδου της ΑΚ (ΧΕΑΚ), στην παρουσία υποαορτικής μεμβράνης καθώς και στην ασβέστωση της ΑV. Το συνεχές Doppler στο ΧΕΑΚ ανέδειξε δύο σήματα, ένα δυναμικό (κλίση πίεσης 85 mmHg) και ένα σταθερό (75 mmHg). Διενεργήθηκε διοισοφάγιο ηχοκαρδιογράφημα, απεικονίστηκε με ευκρίνεια η παρουσία υποαορτικής μεμβράνης και ποσοτικοποιήθηκε η στένωση της ΑV με 2D και 3D πλανιμέτρηση ως μέτρια (1.2cm²). Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε αύξηση μεσοκυττάριου όγκου (T1 mapping). Η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις. Ο γονιδιακός έλεγχος για υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια ήταν αρνητικός. Ο ασθενής υπεβλήθη σε εκτεταμένη μλεκτομή του ΜΚΔ, εκτομή της υποαορτικής μεμβράνης και αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με βιοπροσθετική. Κατά την επανεκτίμηση ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός, ενώ



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

από την ηχοκαρδιογραφική μελέτη δεν ανευρέθηκε απόφραξη στο ΧΕΑΚ. **Συμπεράσματα:** Η ύπαρξη υποαορτικής μεμβράνης στον ασθενή προκάλεσε σοβαρή υποβαλβιδική στένωση με μέτρια στένωση AV και σημαντική υπερτροφία τοιχωμάτων. Για την διάγνωση έγινε συνδυασμός των νεότερων απεικονιστικών τεχνικών, ενώ για την διαφορική διάγνωση από την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια εστάλη γονιδιακός έλεγχος.



ΠΑ096 | ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΜΕΣΟΚΟΛΠΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΑ ΜΑΣ ΣΤΟ ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

Β. Αποστολάκη¹, Κ. Γρηγορίου¹, Π. Στούγιαννος¹, Α. Τρίκας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ανοιχτό ωοειδές τρήμα (PFO) αποτελεί μία κοινή συγγενή καρδιακή ανωμαλία που αφορά στο 20-35% του ενήλικου πληθυσμού. Η παραμονή ωοειδούς τρήματος, συνήθως δε συνοδεύεται από σημαντικές κλινικές εκδηλώσεις, εκτός των σπάνιων περιπτώσεων όπου

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

έμβολο διέρχεται από τη φλεβική στη συστηματική κυκλοφορία με αποτέλεσμα να προκαλέσει αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ή συστηματική εμβολή (παράδοση εμβολή). Το κρυπτογενές ΑΕΕ αποτελεί το 1/3 των ισχαιμικών ΑΕΕ. Η αιτιολογική σχέση μεταξύ PFO και κρυπτογενούς ΑΕΕ έχει υπάρξει αμφιλεγόμενη από ετών. Ωστόσο στο 40% των ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ που δεν ανευρίσκεται σαφές αίτιο, διαπιστώνεται η ύπαρξη PFO. **ΣΚΟΠΟΣ:** Η διαδερμική σύγκλιση του PFO καθώς και των μεσοκολπικών ελλειμμάτων (ASD) με ειδικές συσκευές σύγκλισης είναι αρκετά διαδεδομένα τα τελευταία χρόνια. Στην παρούσα καταγραφή αποτυπώνεται η εμπειρία του κέντρου μας, όσον αφορά τις εν λόγω συγκλείσεις. **ΜΕΘΟΔΟΣ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο καρδιολογικό τμήμα του ΓΝΑ «Η Ελπίς» πραγματοποιήθηκαν κατά την τελευταία πενταετία (2018-2023) συνολικά 11 επεμβάσεις διαδερμικής σύγκλισης, 9 για PFO και 2 για σημαντικό ASD, με κύρια ένδειξη το κρυπτογενές ΑΕΕ. Από τους 9 ασθενείς οι 5 ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 52,2έτη και οι 4 γυναίκες με μέση ηλικία τα 33έτη. Όσον αφορά τα δύο περιστατικά με ASD, ήταν γυναίκες με μέση ηλικία 64,5έτη και ισχαιμικό ΑΕΕ. Οι περισσότεροι ελάμβαναν ήδη αντιθρομβωτική αγωγή. Η διαδερμική σύγκλιση πραγματοποιήθηκε σε όλους τους ασθενείς με συσκευή Cocioon PFO Occluder. Η συσκευή αυτή αποτελείται από δύο αυτοεκπτυσσόμενους δίσκους που συνδέονται μεταξύ τους με μικρή συνδετική μέση, η οποία επιτρέπει την ελεύθερη κίνηση του κάθε δίσκου. Είναι κατασκευασμένη από σύρματα νιτινολης επικαλυμμένα με πλατίνα που είναι απολύτως βιοσυμβατή. Η μία ασθενής είχε μάλιστα ιστορικό σημαντικής αλλεργίας στο νικέλιο και κατά συνέπεια αντέδειξε για την τοποθέτηση οποιασδήποτε άλλης συσκευής. Η όλη διαδικασία πραγματοποιήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο με τοπική αναισθησία από την δεξιά μηριαία φλέβα εκτός από την περίπτωση των ASD που έγιναν υπό γενική αναισθησία καθώς χρησιμοποιήθηκε διεπεμβατικά διοισοφάγιο υπερηχογράφημα. Όλοι οι ασθενείς παρέμειναν για παρακολούθηση 24 ώρες και εξήλθαν με ομαλή μετεπεμβατική πορεία. Στην μετέπειτα παρακολούθηση (ένας μήνας έως 1,5 έτος) επίσης δεν καταγράφηκαν ιδιαίτερα συμβάματα. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η εμπειρία του κέντρου μας σε διαδερμική σύγκλιση PFO/ASD είναι αρκετά ενθαρρυντική για την πραγματοποίηση αυτών των επεμβάσεων με αποδέκτη ασφάλεια. Η συγκεκριμένη συσκευή που χρησιμοποιήσαμε έχει ενδεχομένως ιδιαίτερη ένδειξη στις περιπτώσεις που αναφέρεται αλλεργία στο νικέλιο.

Ασθενής	Είδος	Φύλο	Ηλικία	Ένδειξη	Αγωγή προ	Αγωγή μετά
1	ASD	Θήλυ	74	Σημαντικό ASD	Ασенокουμαρόλη	Ασенокουμαρόλη
2	PFO	Άρρεν	57	Κρυπτογενές ΑΕΕ	Ασπιρίνη	Ασπιρίνη
3	PFO	Άρρεν	48	Κρυπτογενές ΑΕΕ	-	Ασπιρίνη
4	PFO	Άρρεν	49	Κρυπτογενές ΑΕΕ	Ασπιρίνη +Κλοπιδογρέλη	Ασπιρίνη
5	PFO	Άρρεν	55	Κρυπτογενές ΑΕΕ	Ασенокουμαρόλη	Ασенокουμαρόλη
6	PFO	Θήλυ	45	Κρυπτογενές ΑΕΕ	Ασπιρίνη +Κλοπιδογρέλη	Ασπιρίνη
7	ASD	Θήλυ	55	Ισχαιμικό ΑΕΕ	Κλοπιδογρέλη	Κλοπιδογρέλη
8	PFO	Θήλυ	28	Παροδικό ΑΕΕ	-	Ασπιρίνη
9	PFO	Άρρεν	52	Ισχαιμικό ΑΕΕ	Κλοπιδογρέλη	Κλοπιδογρέλη
10	PFO	Θήλυ	37	Κρυπτογενές ΑΕΕ	-	Ασπιρίνη
11	PFO	Θήλυ	22	Παροδικό ΑΕΕ	-	Ασπιρίνη

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

17.00-18.00 Νόσοι βαλβίδων και πνευμονική υπέρτασηΠρόεδροι: **A. Ζαχαρούλης** (Αθήνα), **Γ. Μπομπότης** (Θεσσαλονίκη)**ΠΑ097 | Η προγνωστική σημασία της δυναμικής απόκρισης της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας και της πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας κατά την άσκηση σε ασθενείς με ασυμπτωματική σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας βάσει ηλικίας και φύλου****I. Αρμένης¹, K. Ριτσάτος¹, B. Βαρτελά¹, M. Μαρίνου¹, M. Γκοντέβα¹, Σ. Κυρζόπουλος¹, Δ. Τσιάπρας¹, Γ. Αθανασόπουλος¹**¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Εισαγωγή-Σκοπός Η διαστρωμάτωση κινδύνου στην ασυμπτωματική σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας-AS παραμένει δυσχερής. Η αλληλεπίδραση της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας και της αιμοδυναμικής του AS μπορεί να μελετηθεί χρησιμοποιώντας ύπτια εργομετρία με ποδήλατο (SBE). Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η προγνωστική συνάφεια της SBE-υπερηχοκαρδιογραφίας σε ασυμπτωματική σοβαρή AS αναλόγως ηλικίας/φύλου. **Υλικό και μέθοδοι** Εβδομήντα οκτώ ασυμπτωματικοί ασθενείς με σοβαρή AS, υπό παρακολούθηση σε τριτοβάθμιο κέντρο (ηλικίας 65±12ετών, 29 γυναίκες), παραπέμφθηκαν για SBE. Καρδιακά συμβάντα που σχετίζονται με την AS (θεμελίωση ένδειξης χειρουργικής επέμβασης, εμφάνιση συμπτωμάτων) κατά τη διάρκεια παρακολούθησης 33±21 μηνών εμφανίστηκαν σε 25 ασθενείς (64% για ηλικία> έναντι 30% για ηλικία <5). Οι ακόλουθες παράμετροι (mean±SD) εκτιμήθηκαν σε ηρεμία (R) και SBE (Ex): Κλάσμα εξώθησης (EF) και όγκος παλμού (SV), επιμήκης παραμόρφωση (SR), μέγιστη διατριγλωχινική κλίση πίεσης (TRPG), λόγος E /e', καρδιακή συχνότητα-HR, συστολική αρτηριακή πίεση-SBP, γινόμενο HR*SBP και οι αντίστοιχες % μεταβολές. **Αποτελέσματα** Η ομάδα των ασθενών με συμβάντα είχε μειωμένη απόδοση SBE (59±16 έναντι 78±20Watts, p<0,001), παρόμοια επίτευξη HR-στόχου (73±13% έναντι 73±9%), και μικρότερο EFEx (59±8% έναντι 63±7%, p=0,04) και %dEF (6±10% έναντι 12±10%, p=0,02). Ακολούθως οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδες αναλόγως βελτίωσης της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας στην άσκηση (όριο βελτίωσης EF 5%, SR 3%), καθώς και του βαθμού αύξησης της διατριγλωχινικής κλίσης πίεσης (όριο TRPGEx>55 mmHg). Η αντίστοιχη κατανομή των ασθενών ήταν ανεξάρτητη της ηλικίας (≤65 έναντι> ετών, dEX <5%: 46% έναντι 45%, dSR <3%: 62% έναντι 87%, TRPGEx>mmHg: 38% έναντι 48%, p=ns). Η ανάλυση Kaplan Meier για συμβάντα χρησιμοποιώντας TRPGEx>55mmHg ήταν σημαντική για τις γυναίκες (log rank=3,2, p=0,06). Η ανάλυση Kaplan Meier για συμβάντα χρησιμοποιώντας dEF≥5% ήταν σημαντική για τους ασθενείς ≤65 ετών (log rank=4,7, p= 0,03). Η συνεκτίμηση του SR δεν παρείχε επιπρόσθετη προγνωστική αξία. **Συμπέρασμα** Η ηλικία και το φύλο επηρεάζουν την προγνωστική σημασία των μεταβολών στη λειτουργία της αριστερής κοιλίας και της συστολικής πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας κατά την άσκηση με SBE.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ098 | ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΚΥΜΑΤΟΣ P (P WAVE AREA) ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ (Η ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ) ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Α. Μπατσούλη¹, Α. Μεγαρισιώτου¹, Π. Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα¹, Π. Νιάρχου¹, Ε. Πράππα¹, Ε. Δήμα¹, Α. Άνθη¹, Σ. Ορφανός¹, Α. Σιδέρης¹, Α. Κοτανίδου¹, Σ. Ξυδώνας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΣΚΟΠΟΣ Η πνευμονική υπέρταση αποτελεί νόσο με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Αρχικά η κλινική εικόνα μπορεί να συνοδεύεται από ήπια συμπτώματα. Πληθώρα διαγνωστικών μεθόδων χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση των ασθενών με πνευμονική υπέρταση. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα αποτελεί μια φθηνή, εύκολα προσβάσιμη και μη επεμβατική διαγνωστική εξέταση. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση ηλεκτροκαρδιογραφικών παραμέτρων ως προγνωστικών δεικτών σε ασθενείς με πνευμονική υπέρταση.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 72 διαδοχικοί ασθενείς με πνευμονική υπέρταση που παρακολουθούνται στο ιατρείο πνευμονικής υπέρτασης του Γ.Ν.Α Ευαγγελισμός. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε δεξιό καρδιακό καθετηριασμό υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση και έγινε μέτρηση των ενδοκαρδιακών πιέσεων σύμφωνα με τα διεθνώς αποδεκτά πρωτόκολλα. Στους ασθενείς πραγματοποιήθηκε σε ύπτια θέση ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών με ταχύτητα καταγραφής 25mm και εύρος δυναμικού 10mm εντός 24 ωρών από τον δεξιό καθετηριασμό. Η επιφάνεια του κύματος P (Pwavearea) υπολογίσθηκε στην απαγωγή II με τον εξής τύπο: Επιφάνεια κύματος P = 12 διάρκειας κύματος P * δυναμικό κύματος P. (Pwan earea = 12 Pwave duration* Pwave voltage). Η στατιστική ανάλυση έγινε με το Πρόγραμμα Στατιστικής Ανάλυσης SPSS version 25. Η τιμή p ορίστηκε ως στατιστικά σημαντική ως $p < 0,05$. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Συμπεριλήφθηκαν γυναίκες σε ποσοστό 58,3% (n=42). Η μέση ηλικία του πληθυσμού μελέτης ήταν τα 59,3 ± 13,8 έτη. Η κατανομή των ασθενών σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά WHO σε ομάδες 1, 2, 3 και 4 ήταν 63,9% (n=46), 13,9% (n=10), 8,3% (n=6) και 13,9% (n=10) αντίστοιχα. Από την συγκριτική ανάλυση διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της Pwave area, και της μέσης πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας (mean=5,7 ± 1,9 ms * mV vs mean=35,7 ± 11,47 mmHg, $p < 0,001$ αντίστοιχα). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Η P wave area στην απαγωγή II σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις τιμές της μέσης πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας. Ως εκ τούτου το ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο διάγνωσης και εκτίμησης της σοβαρότητας ασθενών με πνευμονική υπέρταση.

ΠΑ099 | Short-term outcomes of 441 patients who underwent isolated aortic valve replacement with full sternotomy versus minimal invasive upper hemi-sternotomy

S. Katsaridis¹, G. Samanidis¹, A. Roussakis¹, A. Falara², K. Kolonia², P. Ftikos², A. Thanopoulos², K. Perreas¹

¹ First Department of Cardiac Surgery, Onassis Cardiac Surgery Center

² Department of Anesthesiology, Onassis Cardiac Surgery Center

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Introduction: Aortic valve replacement (AVR) through “J” upper hemi-sternotomy (JS-AVR) is an alternative approach to full sternotomy for aortic valve disease treatment. Aim of this study is to compare the short-term results of AVR with JS-AVR versus full sternotomy (FS-AVR) for aortic valve disease. **Patients and Method:** This retrospective study includes 441 patients who underwent isolated aortic valve replacement for different aortic valve disease between 2016 and 2020. The patients were divided in two groups: 134 patients who underwent JS-AVR and 307 patients who underwent FS-AVR. **Results:** 134 patients who received JS-AVR were compared to 307 patients who received FS-AVR. The median age and Euroscore II for FS-AVR and JS-AVR was not different ($p=0.23$ and $p=0.52$, respectively). Median total operation time and aortic cross-clamp time were significantly higher in the JS-AVR comparing to FS-AVR (150min versus 180min and 54min versus 64min) (for both $p<0.001$). On the other hand intensive care unit stay (ICU), mechanical ventilation time and post-operative length of stay in hospital were similar in two groups (for all $p>0.05$). No significant difference was found concerning re-exploration for bleeding or tamponade, readmission in ICU, new permanent pacemaker insertion and new cerebrovascular accident. Mean prosthetic aortic valve size was larger in JS-AVR group compared to FS-AVR ($p=0.03$). No difference was observed in 30-day mortality between JS-AVR versus FS-AVR groups, 1.6% versus 0.7%, respectively ($p=0.67$). **Conclusion:** Minimally-invasive AVR through “J”-upper hemi-sternotomy approach is a safe and effective technique with non-inferior short-term outcomes and major perioperative complications rate when compared to FS-AVR group.

ΠΑ100 | Ένα μακρύ μονοπάτι γεμάτο παγίδες

**Β. Μπολής¹, Π. Οικονόμου¹, Ε. Καλαμπόκη¹, Α. Κότσια¹, Ε. Παππά¹,
Π. Καρυσφόλλης²**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

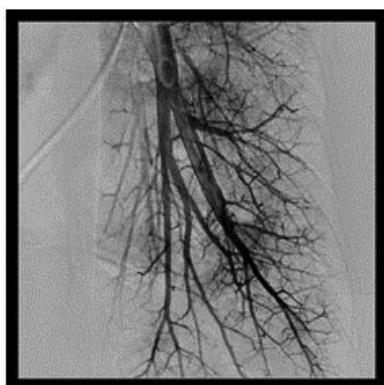
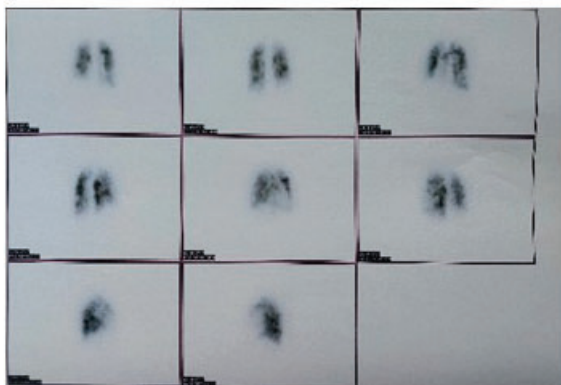
² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή: Η πνευμονική υπέρταση αποτελεί μία οντότητα απειλητική για τη ζωή με πολυδιάστατη αιτιολογία. Η ολοκλήρωση του αλγορίθμου διερεύνησης απαιτεί πολλές διαγνωστικές εξετάσεις που θα καθορίσουν την τελική θεραπεία για τον εκάστοτε ασθενή. Η χρόνια θρομβοεμβολική νόσος είναι μία από τις θεραπεύσιμες αιτίες της πνευμονικής υπέρτασης, με μέθοδος εκλογής το σπινθηρογράφημα αερισμού αιμάτων πνευμόνων. Παρά την ισχυρή αρνητική προγνωστική αξία του σπινθηρογραφήματος, τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα δεν είναι σπάνια, ενώ η ετερογενής ελλειμματική πρόσληψη είναι δύσκολο να κατηγοριοποιηθεί. **Σκοπός:** Η σημασία της μεθοδικής προσέγγισης του ασθενή με πνευμονική υπέρταση και η ανάδειξη των κινδύνων στη διαγνωστική διαδικασία. **Υλικό και μέθοδος:** Παρουσίαση περιστατικού που αφορά γυναίκα 55 ετών υπό διερεύνηση πολλαπλών προσυμφοπτικών επεισοδίων σε έντονη κόπωση. Το υπερηχογράφημα ανέδειξε διάταση των δεξιών κοιλοτήτων και υψηλή υποψία για πνευμονική υπέρταση και οι τιμές NT-proBNP ήταν 929pg/ml. Ακολουθώντας το μονοπάτι της διερεύνησης πνευμονικής υπέρτασης πραγματοποιήθηκε δεξιός καθετηριασμός που επιβεβαίωσε την ύπαρξη προτριχοειδικής πνευμο-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

νικής υπέρτασης (mPAP: 45mmHg, Pw: 6mmHg, PVR: 9 Wood Units). Η στεφανιογραφία ανέδειξε φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία. Ο ανοσολογικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός. Η αξονική αγγειογραφία πνευμονικών αγγείων ήταν αρνητική για πνευμονική εμβολή. Οι πνευμονικές δοκιμασίες ήταν φυσιολογικές και στην 6λεπτη δοκιμασία βάδισης επιτεύχθηκαν 480 μέτρα με SpO₂: 92%. Το σπινθηρογράφημα πνευμόνων ήταν υψηλής υποψίας για χρόνια θρομβοεμβολική νόσο με πολλαπλές μικρές περιοχές ελλειμματικής πρόσληψης. Συνεπώς, η ασθενής τέθηκε σε διουρητική και αντιπηκτική αγωγή. Κατόπιν παραπέμφθηκε σε εξειδικευμένο κέντρο, όπου και πραγματοποιήθηκε ψηφιακή αγγειογραφία πνευμονικών αρτηριών, η οποία απέκλεισε τη θρομβοεμβολική νόσο, θέτωντας τη διάγνωση της ιδιοπαθούς πνευμονικής υπέρτασης. **Αποτελέσματα:** Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ambrisentan και tadalafil. Λόγω μη ικανοποιητικής ανταπόκρισης στην αγωγή, σύμφωνα με νέο δεξιό καθετηριασμό με το πέρας 3 μηνών αγωγής, προστέθηκε selexiprag. **Συμπεράσματα:** Η επίπτωση των ασθενών με πνευμονική υπέρταση και θετικό σπινθηρογράφημα, χωρίς ωστόσο να πάσχουν από θρομβοεμβολική νόσο αγγίζει στη βιβλιογραφία το 43%. Είναι σημαντικό η διαχείριση των ανωτέρω ασθενών να πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα κέντρα και να ακολουθείται λεπτομερώς ο αλγόριθμος διερεύνησης. Ωστόσο, το παθολογικό σπινθηρογράφημα, εκτός από τη διάγνωση της χρόνιας θρομβοεμβολικής νόσου, σχετίζεται με μεγαλύτερη αιμοδυναμική δυσλειτουργία του πνευμονικού δικτύου και μεγαλύτερη θνητότητα, αποτελώντας ένα προγνωστικό εργαλείο.

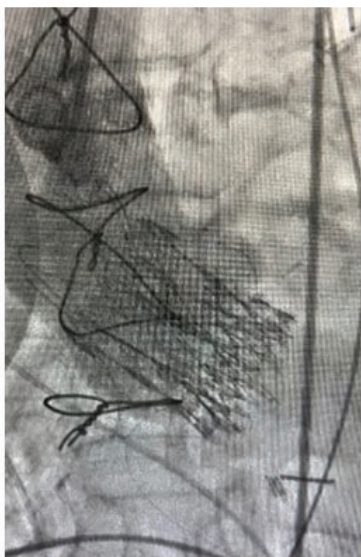


ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ101 | Εμπειρία από την 1η Πανελλήνια Διακαθετηριακή εμφύτευση Valve in Valve σε εκφυλισμένη Αυτοεκπτυσσόμενη χειρουργικά τοποθετημένη Βιοπροσθετική Αορτική βαλβίδα**Φ. Τουλγαρίδης¹, Κ. Λαμπρόπουλος¹, Α. Ζαχαρούλης¹, Η. Γισσης¹, Π. Παπακωνσταντίνου¹, Α. Λυκούδης¹, Δ. Πολύζος¹, Γ. Παταβούκας¹, Σ. Ξυδώντας¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Σε ασθενείς με σοβαρή συμπτωματική αορτική στένωση, ηλικίας <5 ετών επιλέγεται όλο και συχνότερα η χειρουργική εμφύτευση αυτοεκπτυσσόμενων βιοπροσθετικών βαλβίδων. Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζουν στηρίζονται στην ταχεία εμφύτευσή τους, στη μείωση του χρόνου επέμβασης και στο μειωμένο χρόνο καρδιοπληξίας. **Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής 86 ετών με ατομικό ιστορικό αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με μόσχευμα στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και χειρουργική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με αυτοεκπτυσσόμενη βαλβίδα (Perceval) προ δετίας. Πρόσφατη εμφάνιση στηθάγχης και δύσπνοιας προσπαθείας. Σε γενόμενο υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο βρέθηκαν σοβαρή εκφύλιση της βιοπροσθετικής βαλβίδας με σημαντική στένωση (AoVmax=6m/s, AVA=0.62cm², Mean Gradient=88mmHg και PASP=60mmHg). Ακολούθησε στεφανιογραφικός έλεγχος στα πλαίσια συζήτησης στην ομάδα καρδιάς και διαπιστώθηκε νόσος 2 αγγείων (LCX, RCA). Λόγω των συννοσηροτήτων, της ηλικίας και του υπολογιζόμενου διεγχειρητικού κινδύνου θανάτου (EuroScore II=15%), η ομάδα καρδιάς απο-



φάσισε τη διαδερμική αντιμετώπιση της ασθενούς με τη μέθοδο Valve in Valve και την εμφύτευση μιας νέας διακαθετηριακής βαλβίδας στη θέση της προηγούμενης εκφυλισμένης. Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική με τοποθέτηση βιοπροθέσεων στην LCX και στην RCA. Μετά την αξονική τομογραφία και την ανάγκη εύκολης πρόσβασης μελλοντικά στα στεφανιαία αγγεία, επιλέχθηκε η αυτοεκπτυσσόμενη βιοπροσθετική βαλβίδα Acurate Neo2 (Medium). Επιλογή αυτού του είδους βαλβίδας για την αντιμετώπιση τόσο σύνθετου προβλήματος γίνεται για πρώτη φορά πανελληνίως. Αποφασίστηκε αρχικά προδιαστολή με μπαλόνι (20x40mm). Λόγω της σοβαρής εκφύλισης της βιοπροσθετικής βαλβίδας απαιτήθηκε διαστολή υψηλών πιέσεων ώστε να εξασφαλιστεί ικανοποιητική διάνοιξη λειτουργικής επιφάνειας διατομής για την εμφύτευση της νέας βαλβίδας. Μετά από κατάλληλο προσανατολισμό των γλωχίνων στους κόλπους του Valsalva ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη πρόσβαση στα στεφανιαία αγγεία, εμφυτεύθηκε η νέα βαλβίδα στη θέση της εκφυλισμένης βιοπροσθετικής. Να σημειωθεί ότι σημαντική συνθήκη σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι η τοποθέτηση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

της Acurate Neo2 στο ίδιο επίπεδο με το χαμηλότερο όριο της προηγούμενης χειρουργικά τοποθετημένης βαλβίδας. Το τελικό αποτέλεσμα ανέδειξε πολύ καλές αγγειογραφικές και αιμοδυναμικές παραμέτρους. Συμπεράσματα: Οι επεμβάσεις Valve in Valve κερδίζουν καθημερινά περισσότερο έδαφος σαν θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση της εκφύλισης των αρχικών προθέσεων, καθώς αυξάνεται η ηλικία των ασθενών αλλά και ο αριθμός των βιοπροσθετικών βαλβίδων που εμφυτεύονται παγκοσμίως. Φαίνεται ότι η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια ακόμα και σε νεότερου τύπου εκφυλισμένες χειρουργικές βαλβίδες.

ΠΑ102 | Όψιμη διάγνωση ενδοκαρδίτιδας σε δίπτυχη αορτική βαλβίδα
Ε. Ελευθεριάδου¹, Θ. Γεωργοπούλου¹, Μ. Στρατινάκη¹, Γ. Αλετράς¹,
Π. Καφαράκης¹, Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Ε. Χόντα¹, Σ. Σταυράκης¹,
Ε. Ρογδάκης¹, Γ. Γαρίδας¹, Ε. Φουκαράκης¹, Ζ. Καλλινίκου¹,
Μ. Πιταροκοίλης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός-Μέθοδος: Η προσέγγιση περιστατικού ενδοκαρδίτιδας σε ασθενή με δομική καρδιοπάθεια και ο ρόλος των νεότερων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση. Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα 46 ετών με ασυμπτωματική σοβαρή στένωση και μέτρια ανεπάρκεια δίπτυχης αορτικής βαλβίδας, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω παρατεινόμενου εμπύρετου. Σημειώνεται προ διμήνου νοσηλεία, με υπερηχογραφική απεικόνιση σημαντικής συγκεντρικής υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας (18 mm), διατηρημένης συστολικής λειτουργικότητας, ανευρύσματα ανιούσας αορτής, καθώς και πλήρους συνένωσης μέσω δύο ασβεστωμένων ραφών της δεξιάς στεφανιαίας με την αριστερή στεφανιαία και με τη μη στεφανιαία πτυχή, με διατήρηση ελεύθερης κομισσούρας μεταξύ των δύο τελευταίων (δίπτυχη αορτική βαλβίδα τύπου II, λειτουργούσα ως μονόπτυχη). Στεφανιογραφικός έλεγχος αρνητικός. Μαγνητική τομογραφία, σπινθηρογράφημα Tc-PYP και αιματολογικός έλεγχος για αμυλοείδωση χωρίς διαγνωστικά ευρήματα. Μετά από δύο μήνες εκδηλώθηκε καθημερινός πυρετός με δύο έως τρία κύματα και μερική ανταπόκριση στα αντιπυρετικά. Ηλεκτροκαρδιογραφικά, εκτός της προϋπάρχουσας εικόνας υπερτροφίας αριστερής κοιλίας, σημειώθηκε νεοεμφανιζόμενος κολποκοιλιακός αποκλεισμός πρώτου βαθμού. Λόγω κλινικής υποψίας λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, στάλθηκε ορολογικός έλεγχος που ήταν αρνητικός και πάρθηκαν καλλιέργειες αίματος, από όπου απομονώθηκε *Staphylococcus epidermidis*. Τέθηκε αντισταφυλοκοκκική αγωγή, με επακόλουθη αραίωση των πυρετικών κυμάτων. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η αρχική διοισοφάγεια μελέτη (6η ημέρα) ήταν αρνητική. Διενεργήθηκε PET/CT, χωρίς αυξημένη μεταβολική δραστηριότητα στο μυοκάρδιο και στην αορτική βαλβίδα. Παρόλο που ο ασθενής δεν πληρούσε κριτήρια Dukes, λόγω ισχυρής κλινικής υποψίας διενεργήθηκε νέο υπερηχογράφημα κοιλίας που ανέδειξε σπληνικό έμβολο. Σε επαναληπτική διοισοφάγεια μελέτη (16η ημέρα) απεικονίστηκαν εκβλαστήσεις εντός της αορτικής ρίζας στο ύψος των κόλπων Valsalva και στο χείλος της μη στεφανιαίας πτυχής,

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

καθώς και ροή ανεπάρκειας στην περιφέρεια της μη στεφανιαίας και της δεξιάς στεφανιαίας πτυχής, πιθανά σε έδαφος ρήξης. Πραγματοποιήθηκε επέμβαση Bentall, με αορτικό μόσχευμα και μηχανική βαλβίδα. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε εκτεταμένη παραβαλβιδική ανεπάρκεια, καθώς και παραβαλβιδικό απόστημα. Η καλλιέργεια του χειρουργικού παρασκευάσματος ήταν στείρα. Συμπεράσματα: Η PET/CT ως διαγνωστική μέθοδος στην ανίχνευση ενδοκαρδίτιδας εμφανίζει υψηλή ειδικότητα, με μειωμένη ωστόσο ευαισθησία και διακριτική ικανότητα όσον αφορά τις φυσικές βαλβίδες, ιδίως επί συνυπάρχουσας ασβέστωσης. Η συνεχής επαναξιολόγηση του ασθενούς και ο επαναληπτικός απεικονιστικός έλεγχος με κλασικές μεθόδους επικύρωσαν τελικά τη διάγνωση.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ103 | Αιμοδυναμικοί δείκτες και επιβίωση σε 119 ασθενείς με Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο αναφοράς
Γ. Παπαδόπουλος¹, Ε. Μαρκίδης¹, Α. Αρβανιτάκη¹, Π. Γουργιώτης¹, Σ. Α. Μουράτογλου², Ι. Φαρμάκης¹, Χ. Φελουκίδης¹, Α. Κουπαράνης³, Μ. Διδάγγελος³, Β. Γροσομανίδης⁴, Α. Ζιάκας⁵, Γ. Γιαννακούλας⁶

¹ «ΑΧΕΠΑ» Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

² 1) «ΑΧΕΠΑ» Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα 2) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Κλινική Ανασθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης

³ «ΑΧΕΠΑ» Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴ Κλινική Ανασθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης

⁵ » Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

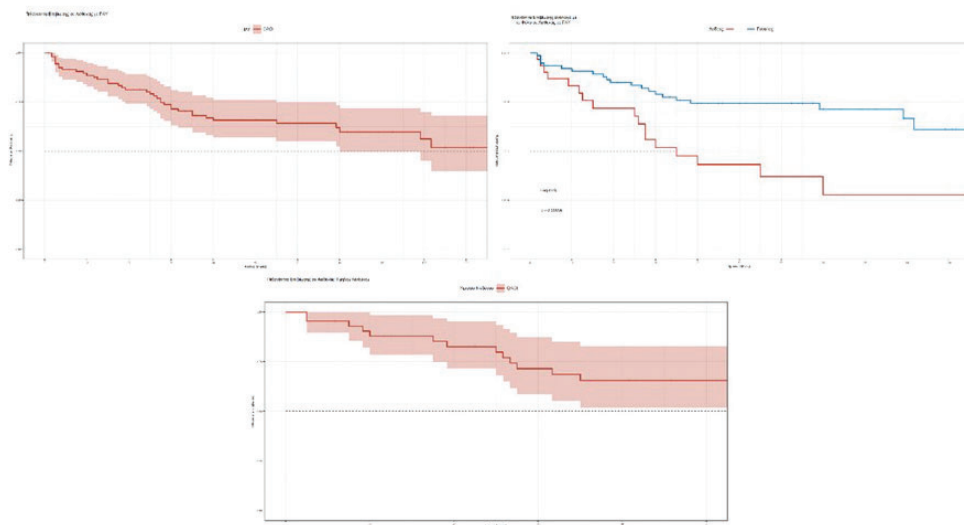
⁶ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση (ΠΑΥ) είναι μια σοβαρή νόσος, που χαρακτηρίζεται από αυξημένες πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις και ανεπάρκεια της δεξιάς καρδιάς. Παρά τη σημαντική πρόοδο στη θεραπευτική αντιμετώπιση, η ΠΑΥ παρουσιάζει δυσοίωση πρόγνωση και περιορισμένα ποσοστά επιβίωσης, αναδύοντας την ανάγκη για τον καθορισμό προγνωστικών παραγόντων. Αυτή η μονοκεντρική μελέτη στοχεύει να διερευνήσει την επιβίωση σε ασθενείς με ΠΑΥ και να εξετάσει νέες αιμοδυναμικές μεταβλητές που μπορεί να επηρεάσουν την πρόγνωση. **Υλικά και Μέθοδοι:** Συλλέχθηκαν τα δεδομένα των διενεργηθέντων δεξιών καρδιακών καθετηριασμών από τον Ιανουάριο του 2015 [GG1] έως τον Ιούνιο του 2023 στο κέντρο μας, καθώς και δημογραφικά χαρακτηριστικά, κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους. Εδώ παρουσιάζουμε την ανάλυση επιβίωσης Kaplan-Meier των ασθενών με ΠΑΥ και την ανάλυση Cox για να διαπιστώσουμε τη συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών αιμοδυναμικών παραγόντων και επιβίωσης. **Αποτελέσματα:** Από το σύνολο 423 δεξιών καρδιακών καθετηριασμών, 119 (48%) ασθενείς διαγνώστηκαν με ΠΑΥ (70,7% γυναίκες). Συνολικά, 51 ασθενείς (41,8%) ταξινομήθηκαν ως υψηλού κινδύνου, βάσει της αιμοδυναμικής ενότητας του μοντέλου τριών στρωμάτων των κατευθυντήριων οδηγιών του 2022 της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας. Η ανάλυση επιβίωσης Kaplan-Meier έδειξε ποσοστό 5ετούς επιβίωσης 65% για το σύνολο των ασθενών, ενώ οι άνδρες παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης σε σύγκριση με τις γυναίκες (43,2% έναντι 74,3%) και οι ασθενείς υψηλού κινδύνου είχαν ποσοστό θνητότητας 12,1% στον πρώτο χρόνο (Εικόνα 1). Ο πίνακας 1 παρουσιάζει την μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση των καθιερωμένων και νεότερων αιμοδυναμικών παραμέτρων αλλά κανένας εξ αυτών δεν συσχετίστηκε σημαντικά με την επιβίωση. **Συμπεράσματα:** Το ποσοστό 5-ετούς επιβίωσης στους ασθενείς με ΠΑΥ στο κέντρο μας κυμαίνεται στο 65% και είναι παρόμοια με άλλες καταγραφές. Στη μελέτη μας το ποσοστό ετήσιας θνητότητας στους ασθενείς υψηλού κινδύνου περιορίστηκε στο 12,1%, συγκριτικά με τον υπολογιζόμενο ετήσιο κίνδυνο

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

θνητότητας (>20%) των κατευθυντήριων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας. Η ανάλυση των αιμοδυναμικών παραμέτρων δεν ανέδειξε σημαντικές συσχετίσεις με την επιβίωση. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες και πολυκεντρικές μελέτες με μεγαλύτερο πληθυσμό ασθενών για να εξερευνηθούν νέοι προγνωστικοί παράγοντες και να βελτιωθούν τα αποτελέσματα για τους ασθενείς με ΠΑΥ.



	Μονομεταβλητή				Πολυμεταβλητή			
	N	ΑΚ [†]	95% ΔΕ [‡]	p-value	ΑΚ [†]	95% ΔΕ [‡]	p-value	
Μέση Πίεση Δεξιού Κόλπου	112	1.07	1.00, 1.14	0.061	1.06	0.97, 1.16	0.2	
Δείκτης Καρδιακής Παροχής	104	0.89	0.60, 1.33	0.6				
SvO2	99	0.97	0.94, 1.01	0.14	0.98	0.93, 1.03	0.4	
Δείκτης Όγκου Παλμού	104	0.98	0.96, 1.01	0.2	0.99	0.96, 1.02	0.7	
Ευενδοτότητα Πνευμονικής Αρτηρίας	102	0.98	0.70, 1.37	>0.9				
Συνολικές Πνευμονικές Αντιστάσεις	110	0.99	0.94, 1.04	0.6				
Πίεση Παλμού	109	1.00	0.98, 1.02	0.8				
Ελαστικότητα Πνευμονικής Αρτηρίας	104	1.03	0.72, 1.47	0.9				
Μέση Ισχύς Δεξιάς Κοιλίας	110	1.00	1.00, 1.00	>0.9				
Συνολική Ισχύς Δεξιάς Κοιλίας	110	1.00	1.00, 1.00	>0.9				
Ισχύς Ταλάντωσης Δεξιάς Κοιλίας	110	1.00	0.99, 1.01	>0.9				
Δείκτης Παλμικότητας Πνευμονικής Αρτηρίας	108	0.95	0.88, 1.02	0.2	1.00	0.90, 1.10	>0.9	

[†] ΑΚ = Λόγος Κινδύνου, ΔΕ = Διάστημα Εμπιστοσύνης

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ104 | Αιμοδυναμικά χαρακτηριστικά ασθενών με Πνευμονική Υπέρταση: Δεδομένα από 423 δεξιούς καθετηριασμούς σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο αναφοράς

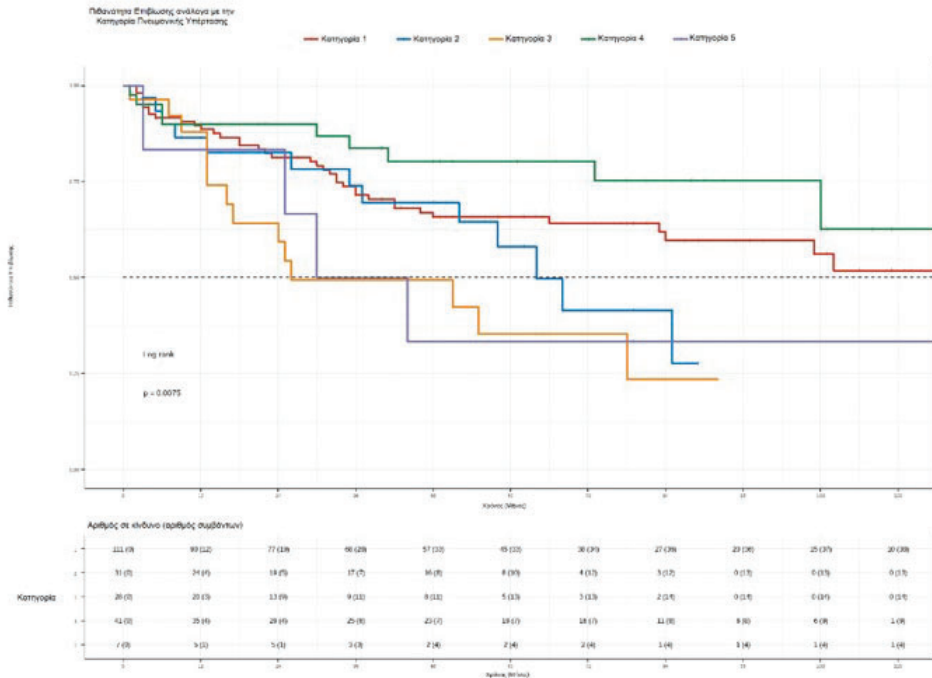
Γ. Παπαδόπουλος¹, Ε. Μαρκίδης¹, Α. Αρβανιτάκη¹, Π. Γουργιώτης¹, Σ. Α. Μουράτογλου^{1,2}, Ι. Φαρμάκης¹, Χ. Φελουκίδης¹, Α. Κουπαράνης¹, Μ. Διδάγγελος¹, Β. Γροσομανίδης², Α. Ζιάκας¹, Γ. Γιαννακούλας¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

² Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η Πνευμονική Υπέρταση ταξινομείται σε πέντε Κατηγορίες με βάση τα κλινικά και αιμοδυναμικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει πραγματικά δεδομένα ασθενών που υποβάλλονται σε δεξιό καρδιακό καθετηριασμό στο κέντρο μας. **Υλικό και Μέθοδος:** Συλλέχθηκαν όλα τα δεδομένα από τα αποτελέσματα των διενεργηθέντων δεξιών καρδιακών καθετηριασμών από τον Ιανουάριο



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

του 2015 έως τον Ιούνιο του 2023 στο κέντρο μας και εισήχθησαν σε μια βάση δεδομένων συναρτήσεων των δημογραφικών, κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών των ασθενών. Παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά και η ανάλυση επιβίωσης Kaplan-Meier των ασθενών ανάλογα με την κατηγορία Πνευμονικής Υπέρτασης. **Αποτελέσματα:** Από το σύνολο 423 δεξιών καρδιακών καθετηριασμών, 256 ασθενείς διεγνώσθησαν με Πνευμονική Υπέρταση με βάση τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, 122 (48%) Κατηγορίας 1, 44 (17%) Κατηγορίας 2, 35 (13%) Κατηγορίας 3, 46 (18%) Κατηγορίας 4 και 9 (3%) Κατηγορίας 5. Στη σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών στο διαγνωστικό καθετηριασμό (Πίνακας 1), παρατηρείται μεταξύ άλλων, μικρότερη ηλικία διάγνωσης στην Κατηγορία 1, υψηλότερη μέση πίεση δεξιού κόλπου, μειωμένο δείκτη παλμικότητας της πνευμονικής αρτηρίας και χαμηλότερες πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις στην Κατηγορία 2, χαμηλότερη καρδιακή παροχή, όγκο παλμού και ευενδοτότητα της πνευμονικής αρτηρίας στην Κατηγορία 4. Συνολικά σε όλες τις Κατηγορίες, σημαντικά χαμηλότερη είναι η μέση πίεση στην πνευμονική αρτηρία στη διάγνωση (42 ±18mmHg), συγκριτικά με προηγούμενες πολυκεντρικές καταγραφές. Στην ανάλυση επιβίωσης (Εικόνα 1), με μέσο χρόνο παρακολούθησης 5,3 έτη και συνολική θνη-

Πίνακας 1

Βασικά Χαρακτηριστικά Ασθενών

	Σύνολο, N = 256 ¹	Κατηγορία 1, N = 122	Κατηγορία 2, N = 44	Κατηγορία 3, N = 35	Κατηγορία 4, N = 46	Κατηγορία 5, N = 9	p-value ²
Ηλικία, Μέση (IQR)	63 (23)	60 (23)	72 (13)	70 (19)	59 (23)	61 (21)	<0.001
Φύλο, n / N (%)							0.004
Άνδρες	89 / 256 (35%)	35 / 122 (29%)	11 / 44 (25%)	21 / 35 (60%)	17 / 46 (37%)	5 / 9 (56%)	
Γυναίκες	167 / 256 (65%)	87 / 122 (71%)	33 / 44 (75%)	14 / 35 (40%)	29 / 46 (63%)	4 / 9 (44%)	
Επιφάνεια Σώματος, Μέση (IQR)	1.85 (0.35)	1.83 (0.36)	1.82 (0.35)	1.87 (0.26)	1.86 (0.37)	1.96 (0.40)	>0.9
6-λεπτη Δοκιμασία Βάδισης, Μέση (IQR)	395 (325, 487)	405 (332, 476)	411 (398, 463)	303 (170, 320)	460 (300, 513)	375 (263, 488)	0.13
Ntpro-BNP, Μέση (IQR)	544 (1,325)	544 (1,248)	838 (1,263)	821 (1,311)	350 (1,198)	775 (744)	0.8
Αρτηριακή Υπέρταση, n / N (%)	76 / 159 (48%)	35 / 85 (41%)	13 / 20 (65%)	12 / 20 (60%)	14 / 30 (47%)	2 / 4 (50%)	0.3
Διαβήτης, n / N (%)	38 / 160 (24%)	22 / 88 (25%)	7 / 20 (35%)	7 / 20 (35%)	2 / 28 (7.1%)	0 / 4 (0%)	0.063
Δυσλιπιδαιμία, n / N (%)	55 / 160 (34%)	28 / 86 (33%)	4 / 20 (20%)	12 / 20 (60%)	10 / 30 (33%)	1 / 4 (25%)	0.10
Κολπική Μαρμαρυγή, n / N (%)	29 / 156 (19%)	9 / 86 (10%)	12 / 20 (60%)	4 / 18 (22%)	4 / 28 (14%)	0 / 4 (0%)	<0.001
Μέση Πίεση Δεξιού Κόλπου, Μέση (IQR)	7.0 (6.0)	7.0 (6.0)	11.0 (6.5)	6.0 (4.5)	7.0 (7.0)	7.0 (1.0)	<0.001
Μέση Πίεση Πνευμονικής Αρτηρίας, Μέση (IQR)	42 (18)	43 (18)	42 (19)	38 (17)	44 (12)	43 (17)	>0.9
Πνευμονικές Αγγειακές Αντιστάσεις, Μέση (IQR)	6.4 (4.9)	6.7 (6.1)	4.2 (3.6)	7.4 (4.8)	6.9 (5.0)	4.8 (3.6)	<0.001
Πίεση Ενοσφίνωσης Πνευμονικών Τριχοειδών, Μέση (IQR)	11.0 (4.0)	10.0 (3.0)	18.5 (8.0)	10.0 (4.8)	12.0 (5.0)	10.0 (5.0)	<0.001
Καρδιακή Παροχή, Μέση (IQR)	4.70 (1.87)	4.62 (1.92)	5.40 (1.89)	4.70 (1.73)	4.30 (1.13)	5.15 (2.27)	0.033
Όγκος Παλμού, Μέση (IQR)	60 (27)	59 (29)	69 (23)	57 (22)	55 (18)	63 (14)	0.022
Δείκτης Όγκου Παλμού, Μέση (IQR)	34 (14)	34 (14)	37 (12)	31 (11)	29 (14)	40 (22)	0.008
Ευενδοτότητα Πνευμονικής Αρτηρίας, Μέση (IQR)	1.44 (1.25)	1.53 (1.41)	1.68 (1.06)	1.32 (1.17)	1.15 (0.73)	1.50 (1.91)	0.014
Συνολικές Πνευμονικές Αντιστάσεις, Μέση (IQR)	8.8 (5.5)	8.9 (6.2)	7.8 (4.7)	8.8 (4.1)	9.7 (4.7)	6.6 (3.9)	0.3
Μέση ισχύς Δεξιάς Κοιλίας, Μέση (IQR)	195 (99)	194 (103)	220 (115)	176 (72)	179 (80)	243 (75)	0.14
Συνολική ισχύς Δεξιάς Κοιλίας, Μέση (IQR)	254 (129)	253 (134)	286 (150)	229 (93)	233 (104)	316 (97)	0.14
Δείκτης Παλμικότητας Πνευμονικής Αρτηρίας, Μέση (IQR)	5.5 (4.9)	5.8 (5.1)	3.3 (2.5)	6.8 (5.5)	6.3 (5.0)	6.3 (6.6)	<0.001

¹ Μέση (IQR); n / N (%)² Kruskal-Wallis rank sum test; Fisher's exact test

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

τότητα 35,8%, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των Κατηγοριών, με την 5-ετή επιβίωση να κυμαίνεται στο 65%, 58%, 35%, 80%, 33% αντίστοιχα για κάθε Κατηγορία. **Συμπεράσματα:** Στην παρούσα μονοκεντρική μελέτη καταγραφής, παρατηρείται μειωμένη η 5-ετής επιβίωση των ασθενών της Κατηγορίας 3 και 5, ενώ ενθαρρυντικά είναι τα στοιχεία για την Κατηγορία 1 και 4. Τα δεδομένα μας συνάδουν με αυτά μεγάλων πολυκεντρικών μελετών.

ΠΑ105 | Ενδιαφέρον περιστατικό Libman-Sacks ενδοκαρδίτιδας σε ασθενή με θρομβοεμβολικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) και αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο

**Β. Τάσση¹, Σ. Πράπα¹, Ε. Χαματζόλα¹, Δ. Σταλίκας¹,
Η. Ν. Παπαδοπούλου¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η Libman-Sacks ενδοκαρδίτιδα ή αλλιώς μαραντική αποτελεί μια μορφή μη βακτηριακής θρομβωτικής ενδοκαρδίτιδας (NBTE- non bacterial thrombotic endocarditis) που περιλαμβάνει την παρουσία στείρας εκβλάστησης στις καρδιακές βαλβίδες. Η ανάπτυξη της ενδοκαρδίτιδας Libman-Sacks φαίνεται να είναι ένας ενδοθηλιακός τραυματισμός ο οποίος σχετίζεται με καταστάσεις υπερπηκτικότητας όπως σε ασθενείς με κακοήθειες, συστηματικό ερυθρεμάθη λύκο (ΣΕΛ) και αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο. Η ενδοκαρδίτιδα Libman-Sacks προσβάλλει συχνότερα τη μιτροειδή ακολουθούμενη από την αορτική βαλβίδα, αλλά μπορεί επίσης να εμπλέκονται και άλλες βαλβίδες. **Παρουσίαση περιστατικού:** Περιγράφουμε περιστατικό το οποίο παραπέμφθηκε στο υπερηχογραφικό εργαστήριο του Νοσοκομείου μας για διερεύνηση ΑΕΕ εμβολικής αιτιολογίας. Πρόκειται για ασθενή 55 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας η οποία διεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω οξείας εγκατάστασης νευρολογικής σημειολογίας. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα ανέδειξε ευμεγέθη μορφώματα επί των γλωχίνων της μιτροειδούς βαλβίδας κυρίως στο σημείο συναρμογής τους, με ακανόνιστα όρια, ευρεία βάση, ετερογενή ηχογένεια, χωρίς ανεξάρτητη κίνηση και χωρίς να παρατηρείται ανεπάρκεια στην βαλβίδα. Όλες οι άλλες καρδιακές βαλβίδες ήταν ελεύθερες θρόμβων ή μορφωμάτων και η αριστερή και δεξιά κοιλία εμφάνιζαν καλή συσταλτικότητα. Από τον κλινικό έλεγχο η ασθενής δεν εμφάνιζε σημεία λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Από τον παρακλινικό έλεγχο πολλαπλές αιμοκαλλιέργειες για κοινά μικρόβια, μύκητες και άλλα άτυπα ήταν αρνητικές, ενώ ανευρέθη θετικό το αντιπηκτικό του λύκου, θετικά αντισώματα αντι-βήτα2-γλυκοπρωτεΐνης IgG: 54 U/ml (0.1-8 U/ml) και αρνητικά αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης. Τα παραπάνω ευρήματα οδήγησαν στην διάγνωση της ενδοκαρδίτιδας Libman-Sacks σε έδαφος αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου. Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με ακενοκουμαρόλη με σταδιακή επίτευξη των θεραπευτικών ορίων. Σε επανέλεγχο της ασθενούς με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα μετά από 5 μήνες, παρατηρήθηκε ήπια πάχυνση στο tip της πρόσθιας γλωχίνας (0,3x0,4mm), η οποία αφορά σε υπολειμματική αλβιωση, σε σχέση με την προηγούμενη μελέτη και σαφώς υπήρχε μεγάλη βελτίωση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

συγκριτικά. **Συμπεράσματα:** Η ενδοκαρδίτιδα LS εκδηλώνεται συνήθως με μη ειδικά συμπτώματα. Μπορεί ωστόσο να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως η βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια και η σοβαρή ανεπάρκεια βαλβίδων η οποία χρήζει χειρουργικής παρέμβασης. Η διάγνωση της είναι δύσκολη γιατί τα μορφώματα μιμούνται άλλες παθολογικές καταστάσεις επί των καρδιακών βαλβίδων όπως η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα, η ρευματική βαλβιδοπάθεια, το κολπικό μύζωμα, η εκφυλιστική βαλβιδοπάθεια και το ινοελάστωμα. Θα πρέπει να εγείρεται ισχυρή υποψία όταν εντοπιστεί οποιαδήποτε σημαντική εκβλάστηση βαλβίδων σε ασθενή με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο ή/και αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο. Οι εκβλάστησεις έχουν τυπική εμφάνιση ηχοκαρδιογραφικά είναι συνήθως μικρές και ανταποκρίνονται καλά στα αντιπηκτικά.

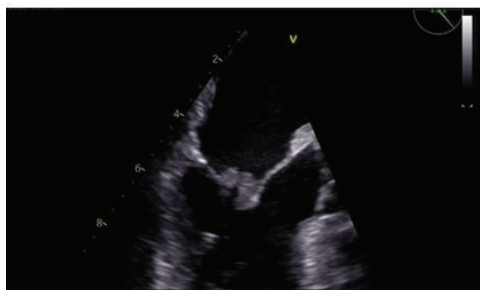


IMAGE 1: Διοισοαφάγειο υπερηχογράφημα τομή 3 κοιλοτήτων εντοπισμένη στην μιτροειδή βαλβίδα



IMAGE 2: Διοισοαφάγειο υπερηχογράφημα τομή 3 κοιλοτήτων, επανεκτίμηση μετά από 5 μήνες.

ΠΑ106 | Προγνωστικές παράμετροι της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης ως προς την επιβίωση ασθενών με πνευμονική αρτηριακή υπέρταση. Μελέτη ενός εργαστηρίου αναφοράς

Δ. Μπενάς¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Δ. Μπίρμπα¹, Α. Φάμπρη¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

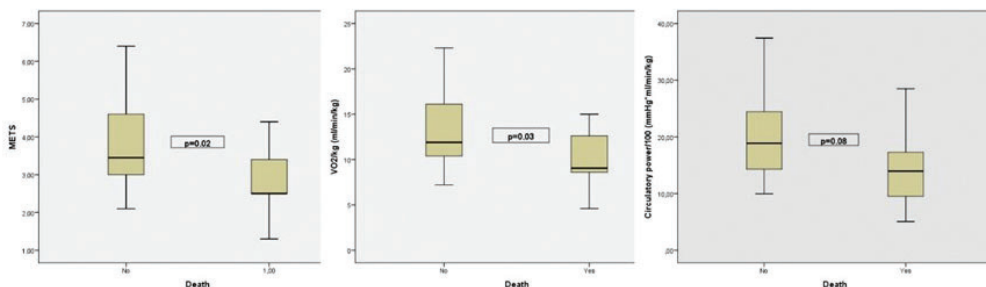
Εισαγωγή: Η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (PAH) οδηγεί σε μείωση της αερόβιας ικανότητας για άσκηση κυρίως λόγω αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων και υψηλής πίεσης στην πνευμονική αρτηρία (PAP). Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) συνιστάται κατά την αρχική αξιολόγηση γιατί είναι σε θέση να αξιολογήσει την αερόβια ικανότητα για άσκηση του ασθενούς με PAH μέσω μιας σειράς παραμέτρων και να δώσει πληροφορίες ως προς τη βαρύτητα και την πρόγνωση της νόσου. Σκοπός της μελέτης μας είναι η συσχέτιση των παραμέτρων της αρχικής CPET με την επιβίωση των PAH ασθενών.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε 24 ασθενείς με PAH διαγνωσμένη μετά δεξιό καρδιακό καθετηριασμό [49±13 έτη, δείκτης μάζας σώματος (BMI)=28±5, 13 γυναίκες, μέση πίεση πνευμονικής αρτηρίας (mean PAP)=50±19 mmHg, πνευμονικές αντιστάσεις (pulmonary vascular resistance, PVR)=8.4±4 wood units, 19 με ιδιοπαθή PAH (IPAH) και 5 με σκληρόδερμα], οι οποίοι υποβλήθηκαν σε CPET σε εργομετρικό ποδήλατο προς εκτίμηση της αερόβιας ικανότητας προς άσκηση κατά την αρχική τους αξιολόγηση ή στα πρώτα στάδια θεραπείας τους καθώς και σε εξάλεπτη δοκιμασία βάρδισης (6MWD). Ως πρωτογενές σύνθετο καταληκτικό σημείο, ορίστηκε ο θάνατος των ασθενών ή η μεταμόσχευση πνευμόνων κατά το χρονικό διάστημα 8.7±3 ετών μετά την αρχική CPET. **Αποτελέσματα:** Όλοι οι εξεταζόμενοι υποβλήθηκαν στη CPET ανεπίπλεκτα και επέτυχαν μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου (peak VO₂)= 12.1±4ml/min/kg, VE/VCO₂ slope=55±17, %Load=45±14 και 6MWD=475±99 μέτρα. Διακρίναμε τον πληθυσμό στην Ομάδα Α [n=10 (42%), 53±14 έτη, 6 άνδρες] όπου οι ασθενείς κατέληξαν στο πρωτογενές καταληκτικό σημείο (9 απεβίωσαν, 1 υποβλήθηκε σε επιτυχή μεταμόσχευση πνευμόνων) και στην Ομάδα Β [n=14 (58%), 46±13 έτη, 5 άνδρες] με τους επιβιώσαντες ασθενείς. Η Ομάδα Α είχε μειωμένο έργο σε METS (2.8±1 έναντι 3.9±1, p=0.02) και μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου, peak VO₂/kg (10±3 έναντι 13.6±4ml/min/kg, p=0.04) και τάση για μειωμένο Circulatory power (1438±709 έναντι 2089±902mmHg*ml/min/kg, p=0.08), σε σχέση με την Ομάδα Β. Διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ %peak VO₂ και των mean PAP (r=-0.61, p=0.003) και PVR (r=-0.64, p=0.002). **Συμπεράσματα:** Η CPET είναι σε θέση να δώσει προγνωστικές πληροφορίες επιβίωσης σε ασθενείς με πνευμονική αρτηριακή υπέρταση. Η μελέτη μας αποτελεί την πρώτη καταγραφή επιβίωσης ασθενών με πνευμονική αρτηριακή υπέρταση στον Ελλαδικό χώρο βάσει παραμέτρων της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης.

Differences in CPET parameters regarding survival in PAH patients



18.00-18.30 Διάλειμμα / Break

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

18.30-19.30 Παρουσίαση Περιστατικού IΠρόεδροι: **Κ. Καυκαλά** (Χανιά), **Ε. Κακουδάκης** (Αλεξανδρούπολη)

ΠΑ107 | Pericardial Decompression Syndrome: A case series of our clinic
**P. Theodoridou¹, C. Stefanidis¹, E. Pastirmatzi¹, K. Samara¹, D. Kosmidis¹,
N. Gouliaros¹, D. Toumpanos¹, T. Sertis¹, T. Tselempis¹, C. Chatzieleftheriou¹**
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction/Purpose: Pericardial Decompression Syndrome (PDS) is a life-threatening situation, following an uncomplicated pericardial drainage. The accurate pathophysiology is unclear; however, three hypotheses have been proposed; hemodynamic, ischemic and autonomic. The rapid removal of pericardial fluid may lead to increased venous return, which causes hemodynamic changes resulting to decompensated left heart failure, right heart failure or pulmonary edema. The second hypothesis supports that the coronary outflow may be impaired due to compression, leading to ischemia and myocardial stunning, persistent despite the drainage. The last mechanism is related to the imbalance of autonomic stimulus. **Tools and Methods:** We present a case series of three patients with pericardial effusion and cardiogenic shock, following pericardiocentesis. The first one presented with progressive dyspnea. On initial assessment, the transthoracic echocardiogram (TTE) demonstrated huge pericardial effusion, up to 50mm, with mildly impaired right ventricular function and no clinical signs of hemodynamic instability. After drainage of 2,1 Liter, hypotension, severe reduction of left ventricular function and rapid atrial fibrillation were occurred. The patient recovered with intravenous administration of vasopressors and amiodarone. The second patient, presented with life-threatening cardiac tamponade, left ventricle diastolic collapse due to pericardial effusion (up to 51mm) and severe right ventricular heart dysfunction. Despite the uncomplicated pericardiocentesis, he suffered from hemodynamic instability and low output state. So, with maximal inotropic support, he was transferred to cardiac surgery clinic. The last one, after urgent pericardium drainage, due to giant pericardial effusion (up to 55mm) and demonstration of cardiac tamponade on TTE, developed hypotension, hypoxemia and renal failure, so the inotropic support was unavoidable. **Results:** The outcome of the patients was positive with hospital discharge. The key for the treatment of PDS was inotropic support and aggressive acute heart failure therapy in a care unit with continuous monitoring and ultrasound in row. **Conclusion:** PDS is an uncommon complication of pericardiocentesis and is associated with high mortality rate. It occurs mainly after massive drainage of pericardial effusions. As a result, it's recommended slow and gradual pericardiocentesis, so the myocardium has a reasonable time for hemodynamic adaptation to the pressure changes, and post-pericardiocentesis monitoring.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ108 | **Σπάνια περίπτωση ασθενούς με αιμαγγείωμα αριστερής κοιλίας**
**Π. Ζωγράφος¹, Κ. Παπακωνσταντίνου², Ι. Λιναρδάκης¹, Κ. Κατσαβριάς¹,
 Μ. Σταμέλλος³, Σ. Πράπας¹**

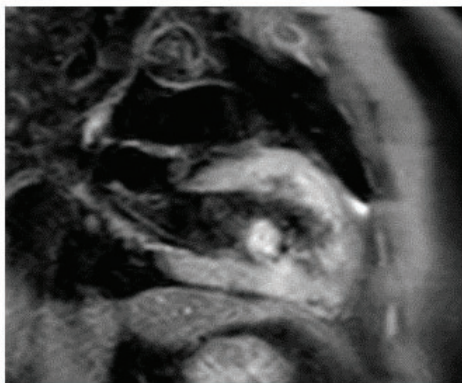
¹ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ Α΄ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ “Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ” ΤΜΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ, ΘΩΡΑΚΟΣ, ΑΓΓΕΙΩΝ

³ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Τα καρδιακά αιμαγγείωματα αποτελούν ιδιαίτερα σπάνιους καλοήθεις όγκους, με επιπολασμό <2% μεταξύ όλων των νεοπλασμάτων της καρδιάς. Διακρίνονται σε τρεις τύπους (σηραγγώδη, τριχοειδή και μικτά) και μπορούν να εκφύονται από οποιοδήποτε σημείο εντός των καρδιακών κοιλοτήτων. Η συμπτωματολογία τους ποικίλλει από εντελώς ασυμπτωματικά μέχρι και την εμφάνιση εύκολης κόπωσης, δύσπνοιας και διαταραχών του καρδιακού ρυθμού. **Υλικά και μέθοδος:** Παρουσιάζουμε το περιστατικό ενός άνδρα 47 ετών με ιστορικό εύκολης κόπωσης και δυσφορίας στο προκάρδιο από τριμήνου. Κατά τον αρχικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, σημειώθησαν φλεβοκομβική ταχυκαρδία και υπέρταση, με φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος. Ο διαθωρακικός υπέρηχος καρδιάς, ωστόσο, ανέδειξε μια κινητή σφαιρική μάζα με ομαλή παρυφή και λεπτό μίσχο εντός της αριστερής κοιλίας, προσφυσόμενη στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα στο μεσαίο επίπεδο εντός της αριστερής κοιλίας. Το εν λόγω εύρημα επιβεβαιώθηκε και στην μαγνητική τομογραφία καρδιάς, που ανέδειξε τη μάζα διαστάσεων 2,05x2,10cm και προσέπιπτε στον χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας, χωρίς ωστόσο να τον αποφράσσει. Έτσι, τέθηκε η υποψία μυζώματος και αποφασίστηκε η χειρουργική εκτομή του μορφώματος αυτού. **Αποτελέσματα:** Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα, που διενεργείται κάθε φορά πριν την έναρξη τέτοιου τύπου επέμβασης ανέδειξε εκ νέου την βλάβη (Εικόνα 1). Διενεργήθηκε μέση στερνοτομή με τοποθέτηση αρτηριακής κάνουλας στην αορτή και δύο φλεβικών κανουλών στην άνω και κάτω κοίλη φλέβα (bicaval cannuation). Μέσω της αορτοτομής, ένα θωρακοσκόπιο διαμέτρου 5mm εισήχθη στην αριστερή κοιλία διά της αορτικής βαλβίδος και βοήθησε εποπτικά στον

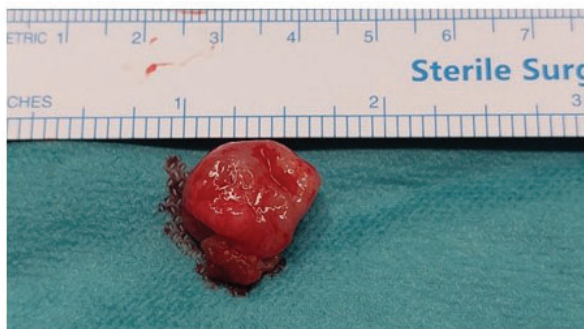
λεπτομερέστερο εντοπισμό της βλάβης. Στη συνέχεια, το μόρφωμα αφαιρέθηκε με νυστέρι επί υγιών ορίων. Μακροσκοπικά, η βλάβη ήταν καφεοειδής, συμπαγής και πολυλοβωτή, με λεπτό μίσχο (Εικόνα 2). Η επέμβαση ολοκληρώθηκε ομαλά χωρίς ευρήματα ανεπάρκειας αορτής ή διαταραχές κινητικότητας του διαφράγματος. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ένα μεικτού τύπου αιμαγγείωμα, με εκτομή σε υγιή όρια με φυσιολογικό ιστό διαφράγματος αριστερής κοιλίας. **Συμπεράσματα:** Η διάγνωση των καρδιακών αιμαγγειωμάτων απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας καθώς και ευρεία χρήση των διαθέσιμων καρδιαγγειακών απεικονιστικών μεθόδων. Η χειρουργική εκτομή είναι η θεραπεία



Εικόνα 1

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



Εικόνα 2

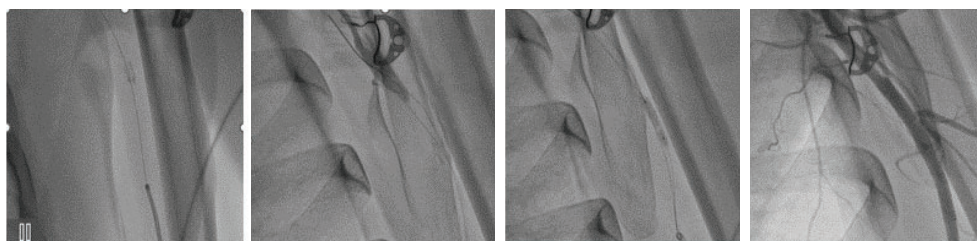
εκλογής των εν λόγω όγκων. Η αποφυγή κοιλιοτομής και η επιλογή της αορτοτομής ως μέσο πρόσβασης στην αριστερή κοιλία, σε συνδυασμό με την χρήση του θωρακοσκοπίου, αποτελούν την ενδεδειγμένη χειρουργική προσέγγιση των νεοπλασμάτων αυτών.

ΠΑ110 | Διαχωρισμός βραχιονίου από ένα stent που <> το δρόμο του

Ε. Δρη¹, Σ. Βαϊνά¹, Κ. Δημητριάδης¹, Γ. Λάτσιος¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Άνδρας ασθενής 58 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω στηθάγχης στην προσπάθεια από μηνός. Από το ατομικό του ιστορικό:- 3πλή αορτοστεφανιαία παράκαμψη προ 3 ετών (LIMA-LAD, RIMA-OM, SVG-RCA)- Προ 3 μηνών επεισόδιο ασταθούς στηθάγχης, από το στεφανιογραφικό έλεγχο που ακολούθησε προέκυψε βατή μόνο η αριστερή έσω μαστική αρτηρία και αποφραγμένα τα υπόλοιπα δύο μοσχεύματα. Ακολούθησε αγγειοπλαστική σε στέλεχος και περισπώμενη αρτηρία.- Αρτηριακή Υπέρταση -Δυσλιπιδαιμία - Πρώην καπνιστής Ο στεφανιογραφικός έλεγχος στο εργαστήριό μας πραγματοποιήθηκε από την αριστερή κερκιδική αρτηρία. Μετά την προώθηση του σύρματος διαπιστώθηκε δυσκολία προώθησης του διαγνωστικού καθετήρα οπότε και ανευρέθη ακτινοσκοπικά ένα υποεκπιπυγμένο stent στην αριστερή βραχιόνιο αρτηρία. Γεγονός που ο ασθενής δε γνώριζε. Αποφασίστηκε από την ομάδα μας η προσπάθεια προώθησης σύρματος αγγειοπλαστικής διαμέσου του stent με σκοπό να ακολούθησουμε την τεχνική μικρού μπαλονιού (small balloon technique) και να ανακτήσουμε το stent, καθότι δεν υπήρχε διαθέσιμο το κατάλληλο



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

snare. Κατά την προσπάθεια προώθησης του σύρματος διαπιστώθηκε εικόνα διαχωρισμού της βραχιονίου εγγύτερα του stent. Ο ασθενής παρέμεινε σταθερός αιμοδυναμικά με ψηλαφητές σφύξεις περιφερικά στο αριστερό άνω άκρο το οποίο ήταν ψυχρότερο του δεξιού. Αποκτήσαμε άμεσα 2η οδό πρόσβασης από τη δεξιά μηριαία αρτηρία, προωθήσαμε διάμεσου δεξιού οδηγού καθετήρα σύρμα αγγειοπλαστικής το οποίο διαπέρασε τη διαχωρισμένη αριστερή βραχιονίου αρτηρία από τον αληθή αυλό, γεγονός που επιβεβαιώθηκε και από την είσοδο του σύρματος εντός του καθετήρα που είχε προωθηθεί από την αριστερή κερκιδική αρτηρία. Κατέστη δυνατή η έκπτυξη μπαλονιού 3.0x15mm εντός της βραχιονίου αρτηρίας, και στη συνέχεια ακολούθησε η εμφύτευση 2 stent με διάμετρο 5mm κρασάρωντας έτσι το προουπάρχον ατελώς εκπτυγμένο stent της βραχιονίου.

ΠΑ111 | Σπάνιο περιστατικό περικαρδίτιδας από *Aspergillus flavus* με συνοδό καρδιακό επιπωματισμό σε ασθενή με ουδετεροπενία από θειαμαζόλη
Σ. Παννίτη¹, Α. Δρακονταειδής¹, Γ. Δαΐκος², Α. Κρομμύδας², Α. Ρηγόπουλος²

¹ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑ

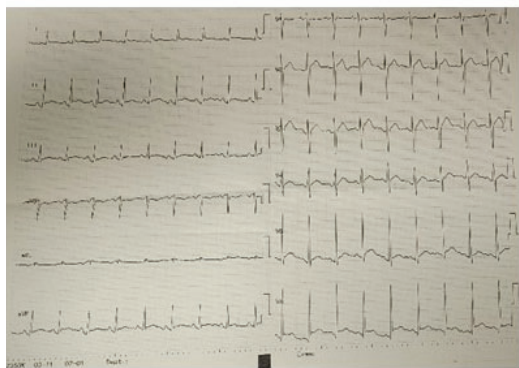
² ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΗΤΕΡΑ, ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Γυναίκα, 40 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό λαμβάνει από μηνός θειαμαζόλη ros λόγω υπερθυρεοειδισμού (v. Graves). Από δεκαήμερου αναφέρει εμπύρετο ως 39ο C και καταβολή. Εισήχθη σε παθολογική κλινική, όπου διεπιστώθησαν ουδετεροπενία (WBC: 370) και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Αρχικά έλαβε iv imipenem, dexamethasone, acyclovir, filgrastim (G-CSF), προπρανολόλη ros, ενώ διεκόπη η θειαμαζόλη. Λόγω νοσηλεύουσας κλινικής εικόνας μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μας για περαιτέρω διερεύνηση/αντιμετώπιση. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Διενεργήθη αξονική θώρακα που ανέδειξε πολλαπλά οζόμορφα διηθήματα στους πνεύμονες με στοιχεία κοιλοποίησης και κατά τόπους αρχόμενη νέκρωση - ευρήματα συμβατά με μυκητίαση, αλλά και ικανές πλευρικές συλλογές. Έγινε βρογχοσκόπηση και ελήφθησαν καλλιέργειες βρογχικού εκπλύματος: θετικές για *Aspergillus flavus*. Έλαβε συνδυαστική θεραπεία με iv isavuconazole και anidulafungin. Αρχικά, ήταν αιμοδυναμικά σταθερή με φυσιολογικό υπερηχοκαρδιογράφημα. Την τρίτη μέρα νοσηλείας εμφανίσε υποτροπή με υποξυγοναιμία, δύσπνοια, υπόταση, ήπια διάταση σφαγιτίδων, περιφερικά οιδήματα και ηλεκτροκαρδιογράφημα ύποπτο για περικαρδίτιδα. Διενεργήθη επείγοντως υπερηχοκαρδιογράφημα που ανέδειξε περικαρδιακή συλλογή ως 21 mm με σημεία επιπωματισμού. Έγινε επείγουσα περικαρδιοκέντηση και παροχέτευση 500 ml οροαιματηρού υγρού - ετέθη σε αγωγή ως επί οξείας περικαρδίτιδας και εστάλη PCR περικαρδιακού υγρού που ήταν θετική για *Aspergillus flavus*. Έλαβε εξιτήριο με ros βορικοναζόλη, κολχικίνη για τρεις μήνες, γαστροπροστασία, ΜΣΑΦ και σύσταση για θυρεοειδεκτομή και τακτικό έλεγχο επιπέδων βορικοναζόλης στο αίμα. χε Διενεργήθη επιτυχής θυρεοειδεκτομή, και 3 μήνες μετά η ασθενής είναι ασυμπτωματική, διέκοψε τη θεραπεία της περικαρδίτιδας, έχει φυσιολογικό υπερηχοκαρδιογράφημα, βελτιωμένη αξονική θώρακα και καλά επίπεδα βορικοναζόλης στο αίμα. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Αναφέ-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ρούμε σπάνιο περιστατικό περικαρδιακής ασπεργίλλωσης με καρδιακό επιπωματισμό σε ουδετεροπενική ασθενή από λήψη θειαμαζόλης, στο οποίο η επεμβατική και αντιμυκητιασική θεραπεία ήταν επιτυχείς. Η διηθητική ασπεργίλλωση αποτελεί κοινή μυκητιασική λοίμωξη σε ασθενείς με σοβαρή ουδετεροπενία, με εκτιμώμενη επίπτωση περίπου 70% σε ασθενείς με ουδετεροπενία διάρκειας ενός μήνα. Συχνότερα σημεία διήθησης από ασπέργιλλο αποτελούν οι πνεύμονες και οι ρινικοί κόλποι, ενώ διασπορά συμβαίνει στο 20-30% των ουδετεροπενικών. Καρδιακή συμμετοχή συμβαίνει σπάνια, συνήθως ενδοκαρδίτιδα ή μυοκαρδίτιδα. Η περικαρδίτιδα από ασπέργιλλο σπάνια διαγιγνώσκεται αιγκαίρα προθανάτια και σχεδόν πάντα θεωρείται θανατηφόρα στους ουδετεροπενικούς, ενώ συνοδευόμενη από επιπωματισμό απαιτεί ταχεία και επιθετική συνδυαστική φαρμακευτική και επεμβατική θεραπεία. Απαιτείται μακροχρόνια φαρμακευτική θεραπεία και παρακολούθηση - επαγρύπνηση για έγκαιρη διάγνωση πιθανής υποτροπής.



ΠΑ112 | **Επιμολυνθέν ινοελάστωμα μιτροειδούς με συστηματικές εμβολές**
**Π. Δούρβας¹, Ν. Μηλαράς¹, Π. Κωστάκης¹, Β. Μαντζιάρης¹, Ι.Κλογκέρι¹,
Σ. Τσαλαμανδρής¹, Σ. Σιδερής¹**

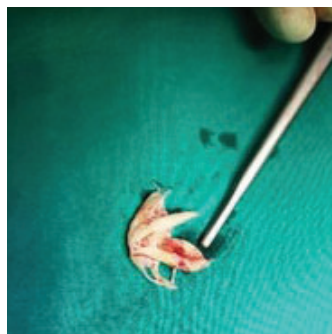
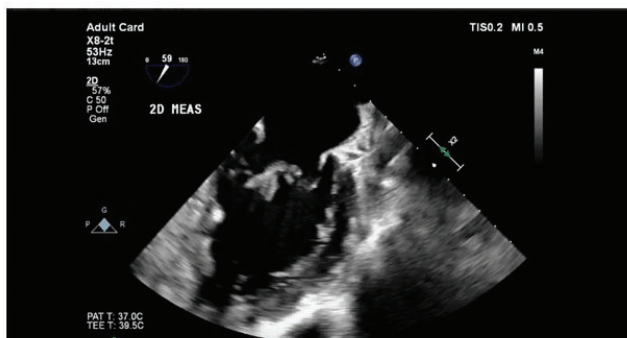
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Τα θηλωδή ινοελαστώματα αποτελούν τον συνηθέστερο καλοήγη όγκο των καρδιακών βαλβίδων και τον δεύτερο συχνότερο των καλοήθων καρδιακών μαζών μετά τα μυξώματα. Μορφολογικά είναι έμμοιχοι, μικρού μεγέθους και προσβάλλουν κυρίως την μιτροειδή και την αορτική βαλβίδα. Στην κλινική πράξη η διαφορική διάγνωση τους από το μύξιωμα, το λίπωμα, την λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα ή άλλους καρδιακούς όγκους δεν είναι εύκολη. Συνδέονται με σημαντικές επιπλοκές όπως δυναμική απόφραξη καρδιακών βαλβίδων και συστηματικές εμβολές. Η χειρουργική εκτομή τους, ιδιαίτερα όταν προκαλούν συμπτώματα, αποτελεί την αντιμετώπιση εκλογής στις περισσότερες περιπτώσεις. Περιγράφονται βιβλιογραφικά ελάχιστες περιπτώσεις επιμολυνσης θηλωδών ινοελαστωμάτων. **Σκοπός** Η

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

παρουσίαση περιστατικού με επιμολυνθέν ινοελάστωμα μιτροειδούς βαλβίδος με περιφερικές εμβολές οργάνων και η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση αυτού. **Υλικό και μέθοδος** Ασθενής 44 ετών μεταφέρθηκε στην κλινική μας προς περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση παρατενόμενου εμπυρέτου με συστηματικές εμβολές, ως πιθανή λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα μιτροειδούς βαλβίδος. Από καλλιέργειες αίματος απομονώθηκαν δύο μικροβιακοί παράγοντες (*Staphylococcus Aureus* και *Enterococcus Faecalis*) ενώ ολοσωματικές αξονικές απεικόνισαν περιφερικά έμβολα σε εγκέφαλο, πνεύμονες και σπλήνα. Διενεργήθηκε ηχωκαρδιογραφική μελέτη που ανέδειξε την παρουσία έμμοσχου, ευκίνητου μορφώματος επί των τενόντιων χορδών της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς, χωρίς σημαντική αιμοδυναμική επιβάρυνση στην λειτουργία της βαλβίδος η οποία εμφάνιζε μικρού βαθμού ανεπάρκεια. Λόγω της παρουσίας συστηματικών εμβολών, των μορφολογικών χαρακτηριστικών του μορφώματος και της μικροβιαμίας αποφασίσθηκε καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. **Αποτελέσματα** Πραγματοποιήθηκε επιτυχώς αντικατάσταση της μιτροειδούς βαλβίδος με μηχανική Corsym Bicarbon. Η παθολογοανατομική εξέταση της γηγενούς βαλβίδος ανέδειξε την παρουσία επιμολυνθέντος ινοελαστώματος. Η ασθενής ολοκλήρωσε αντιμικροβιακή θεραπεία 6 εβδομάδων και σε υπερηχογραφικό επανέλεγχο η προσθετική βαλβίδα εμφανιζόταν καλώς κείμενη και καλώς λειτουργώσα. **Συμπεράσματα** Οι περιπτώσεις θηλώδων ινοελαστωμάτων που επιπλέκονται με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα είναι περιορισμένες. Οι νεότερες απεικονιστικές τεχνικές και κυρίως το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία καρδιάς μπορούν να προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες ως προς τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των καρδιακών όγκων και να κατευθύνουν τον διαγνωστικό αλγόριθμο και την θεραπευτική αντιμετώπιση. Τα θηλώδη ινοελαστώματα μπορεί να έχουν ως πρώτη κλινική εκδήλωση αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (από περιφερικό εμβολισμό) ή συγκοπτικά επεισόδια (λόγω αιμοδυναμικής επιβάρυνσης των βαλβίδων που προσφύονται ή λόγω αρρυθμιολογικών συμβάντων). Η απόφαση για συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση γίνεται με βάση την εμφάνιση επιπλοκών και την παρουσία συγκεκριμένων μορφολογικών στοιχείων από την απεικόνιση (ευκινησία και μέγεθος όγκου, επιβάρυνση στην λειτουργία της προσκείμενης βαλβίδας). Η επιμόλυνση του θηλώδους ινοελαστώματος με μικροβιακό παράγοντα αποτελεί σαφή ένδειξη για καρδιοχειρουργική παρέμβαση.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

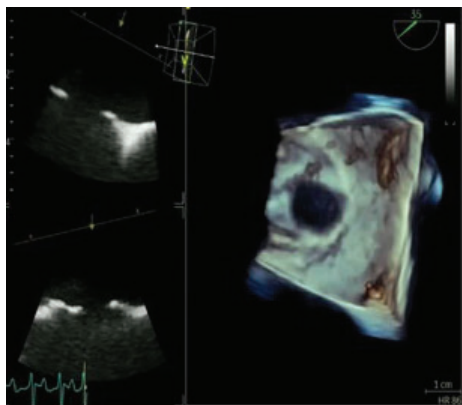
ΠΑ113 | Διακαθετηριακή τοποθέτηση μιας «τεχνητά διανοιγμένης» συσκευής σύγκλεισης, σε ασθενή με ευμεγέθη δευτερογενή μεσοκολπική επικοινωνία και ανεπάρκεια μιτροειδούς**Κ. Περλεπέ¹, Ε. Λεοντιάδης¹, Ε.Γ. Τσέτικα¹, Σ. Ράμμος², Ι. Ιακώβου¹**¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Τα τελευταία χρόνια, αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων ασθενών οδηγείται σε διακαθετηριακή σύγκλειση μεσοκολπικής επικοινωνίας λόγω συμπτωμάτων δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Ωστόσο η σύγκλειση σε περίπτωση δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας ή/και συνυπάρχουσας βαλβιδοπάθειας ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης πνευμονικού οιδήματος. Η τοποθέτηση μιας διανοιγμένης, “fenestrated”, συσκευής, στις περιπτώσεις αυτές, έχει προταθεί ως λύση. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με δευτερογενές μεσοκολπικό έλλειμμα και ανεπάρκεια μιτροειδούς, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με την τοποθέτηση μιας τέτοιας τεχνητά διανοιγμένης συσκευής σύγκλεισης.

Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα 74 ετών με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής και δευτερογενούς μεσοκολπικής επικοινωνίας προσήλθε αιτιώμενη οιδήματα κάτω άκρων και δύσπνοια κλάσης NYHA III. Από το διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε μεσοκολπικό έλλειμμα με αριστεροδεξιά διαφυγή (εικόνα 1), διάταση δεξιάς κοιλίας, μέτρια προς σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς (Rvol: 51ml), σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας και πνευμονική υπέρταση. Ο δεξιός καθετηριασμός ανέδειξε μέση πνευμονική πίεση 38mmHg, πίεση ενοσφίνωσης 25 mmHg, πνευμονικές αντιστάσεις 3,17 και 2 W.Units προ και μετά χορήγησης οξυγόνου αντίστοιχα και Qp/Qs:2.1. Η ασθενής κρίθηκε υψηλού κινδύνου για συνδυασμένη καρδιοχειρουργική επέμβαση σε μιτροειδή, τριγλώχινα βαλβίδα και μεσοκολπικό διάφραγμα (Euroscore II:8,54) και το Heart Team πρότεινε διακαθετηριακή αντιμετώπιση. Η διακαθετηριακή αντιμετώπιση της μιτροειδούς με την edge-to-edge τεχνική απορρίφθηκε σε πρώτο χρόνο λόγω του μεγάλου μεσοκολπικού ελλείμματος και της αναμενόμενης ανεπαρκούς στήριξης του οδηγού καθετήρα. Συνεπώς, αποφασίστηκε η σύγκλειση του μεσοκολπικού διαφράγματος σε πρώτο χρόνο με ενδεχόμενη διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς σε δεύτερο χρόνο. Της οριστικής σύγκλεισης προηγήθηκε δοκιμασία σύγκλεισης με μπάλονι, με παρατηρούμενη μικρή αύξηση της πίεσης ενοσφίνωσης κατά 7 mmHg χωρίς εμφάνιση σημείων οξείας αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας. Η συσκευή (Ceraflex 22mm) τοποθετήθηκε χωρίς επιπλοκές, ενώ προ της τοποθέτησης, δημιουργήθηκε στην συσκευή ιατρογενώς (εικόνα 2) μία σπή 4mm, για αποφόρτιση των πιέσεων της αριστερής κυκλοφορίας. **Αποτελέσματα:** Δύο μήνες μετά την επέμβαση, διαπιστώθηκε σαφής βελτίωση της δύσπνοιας και των περιφερικών οιδημάτων, μείωση της τιμής NTproBNP και των αναγκών για διουρητικά. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα παρατηρήθηκε εμφανής μείωση της ανεπάρκειας τριγλώχινας και της συστολικής πνευμονικής πίεσης κατά 20mmHg, χωρίς επιδείνωση της ανεπάρκειας μιτροειδούς. **Συμπεράσματα:** Η τοποθέτηση μιας “fenestrated” συσκευής σε ασθενή με συνδυασμένη μεσοκολπική επικοινωνία και σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς φαίνεται να είναι εφικτή, ασφαλής και να προσφέρει κλινική βελτίωση.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



ΠΑ114 | Πρόληψη και θεραπεία του φαινομένου suicide left ventricle μετά από TAVI

**Λ. Κολιαστιάσης¹, Γ. Λάτσιος¹, Μ. Δρακοπούλου¹, Α. Αποστολός¹,
Ο. Κατσαρός¹, Ν. Κτενόπουλος¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Τούτουζας¹**

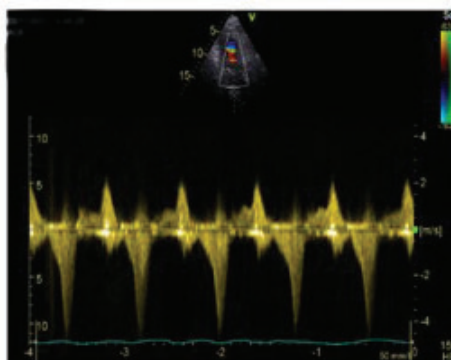
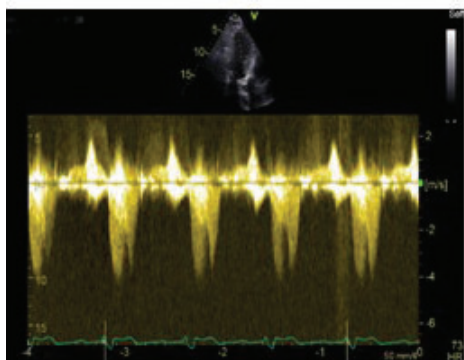
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Στις περιπτώσεις σοβαρής στένωσης αορτικής βαλβίδας η διαβαλβιδική κλίση πίεσης διατηρεί μία αυξημένη συστολική πίεση στην αριστερή κοιλία η οποία αίρεται απότομα με τη διενέργεια εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας. Σε υπερτροφικές, μικρών διαστάσεων κοιλίες είναι δυνατό μετά την TAVI να συμπίπτουν τα τοιχώματα της αριστερής κοιλίας οδηγώντας σε δυναμική απόφραξη και καταπληξία φαινόμενο που έχει χαρακτηριστεί ως "suicide left ventricle". Είναι εφικτή η πρόβλεψή του και η ως ένα βαθμό πρόληψη καθώς δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία και η αιμοδυναμική κατάρριψη είναι συχνά ανθιστάμενη στα συνήθη μέτρα. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό επιτυχούς πρόβλεψης και πρόληψης του φαινομένου καθώς και το σύνολο των μετεπεμβατικών μέτρων για την ανάκαμψη του ασθενή. **Παρουσίαση περιστατικού** Άνδρας 79 ετών προγραμματίστηκε για TAVI λόγω σοβαρού βαθμού στένωσης αορτικής βαλβίδας και συννοσηροτήτων. Στον προεπεμβατικό έλεγχο διαπιστώθηκε υψηλή κλίση πίεσης ηρεμίας (81mmHg) στον χώρο εξόδου αριστερής κοιλίας ενώ η κοιλία ήταν συγκεντρικά υπερτροφική και υπερρυστατική. Η αναμενόμενη μετά την TAVI κατάρριψη της ενδοκοιλοτικής κλίσης πίεσης θα οδηγούσε σε σύμπτωση των τοιχωμάτων της κοιλίας, αύξηση της ενδοκοιλοτικής πίεσης και καταπληξία (suicide left ventricle). Μέτρα πρόληψης όπως ενυδάτωση, διακοπή φουροσεμίδης, β-αποκλειστής (παρόλο τον διδεδωμένο αποκλεισμό στο ΗΚΓ) λήφθηκαν με μείωση του gradient (50mmHg). Κατά την επέμβαση η βηματοδότηση αριστερής κοιλίας προκάλεσε δυσσυγχρονισμό με περαιτέρω μείωση της αιμοδυναμικής peak-to-peak κλίσης πίεσης και επιστρα-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

τεύτηκε επικουρικά. Η TAVI ήταν επιτυχής αλλά ο ασθενής έγινε γρήγορα ασταθής. Ενυδάτωση (10lt σε 24 ώρες), φαινολεφρίνη (αμιγής α διεγέρτης καθώς β1 διεγερση αυξάνει την κλίση πίεσης και επιδεινώνει την εικόνα) και β-αποκλειστής παρόλη την υπόταση σταθεροποίησαν τον ασθενή. Η ανάρρωση ήταν ομαλή με σαφή υπερηχογραφική βελτίωση στο εξιτήριο και στον 1 μήνα επανεξέτασης. **Συμπεράσματα** Το φαινόμενο suicide left ventricle είναι εφικτό να προβλεφθεί και να αντιμετωπιστεί εφόσον ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα. Ενυδάτωση, β-αποκλειστές, ενίσχυση του μεταφορτίου και του προφορτίου της αριστερής κοιλίας και αποφυγή β1 διεγερσης είναι ακρογωνιαίοι λίθοι. Δυσσυγχρονισμός μέσω βηματοδότησης και κατάλυση τμήματος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος με αλκοόλη (septal ablation) είναι μέτρα δεύτερης γραμμής επί αποτυχίας των πρώτων.



ΠΑ115 | Πνευμονική εμβολή από θρόμβους υπολειμμάτων καλωδίων βηματοδότη Κ. Σαραντάρι¹, Β. Σχισμένος¹, Π. Σιλίογκας¹, Θ. Πάλλας¹, Κ. Ζέκιος², Α. Αρσενίου²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Συχνή επιπλοκή των εμφυτεύσιμων καρδιακών συσκευών αποτελεί η ανάπτυξη θρόμβων εντός των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων, γεγονός που μπορεί να επιπλακεί περαιτέρω με εμφάνιση πνευμονικής εμβολής. Σκοπός της συγκεκριμένης παρουσίασης είναι να επισημανθεί η ανάγκη ενδεδειγμένης διερεύνησης των ασθενών με δύσπνοια, ειδικά στο πλαίσιο παρουσίας εμφυτεύσιμων συσκευών. **Υλικό και μέθοδος** Άντρας 41 ετών προσέρχεται ύστερα από παραπομπή από ιδιώτη καρδιολόγο λόγω δύσπνοιας στην άσκηση από 20ημέρου και πλευριτικού τύπου θωρακικού άλγους. Από το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρεται τοποθέτηση σε ηλικία 9 ετών μόνιμου τεχνητού βηματοδότη, λόγω συγγενούς πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Προ τριετίας, έγινε προσπάθεια αφαίρεσης των καλωδίων λόγω δυσλειτουργίας αυτών και δεν τοποθετήθηκε νέος καθώς δεν πληρούσε τα επικαιροποιημένα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

κριτήρια εμφύτευσης βηματοδότη για συγγενή πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Από τα αέρια αίματος διαπιστώθηκε υποξυγοναιμία ($pO_2=52$ mmHg) ενώ στο ΗΚΓ παρατηρήθηκε πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός με ικανοποιητική κοιλιακή ανταπόκριση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε τα ακόλουθα: τροπονίνη 890 με όριο 71 pg/ml και d-dimers - 4. **Αποτελέσματα** Πραγματοποιήθηκε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, όπου παρατηρήθηκε σοβαρή διάταση της δεξιάς κοιλίας με επηρεασμένη λειτουργικότητα αυτής και σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας. Διαπιστώθηκε επίσης παρουσία θραυσμάτων καλωδίων εντός του δεξιού κόλπου αλλά και πέριξ της τριγλώχινας βαλβίδας. Στο τοίχωμα του δεξιού κόλπου, σε επαφή με θραύσματα καλωδίων και στη μη διαφραγματική γλωχίνα της τριγλώχινας βαλβίδας παρατηρήθηκαν επίσης πολλαπλά κινητά μορφώματα. Η αριστερή κοιλία ήταν εντός φυσιολογικών διαστάσεων με εικόνα συστολικού D-shape, ενδεικτικό εικόνας υπερφόρτωσης πίεσης δεξιάς κοιλίας. Διενεργήθηκε CTPA όπου αναδείχθηκαν πολλαπλά ελλείμματα πλήρωσης (ως επί πνευμονικής εμβολής) στους κύριους, λοβαίους και τμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας αμφοτερόπλευρα. Ο ασθενής τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή ως επί πνευμονικής εμβολής. Το triplex φλεβών κάτω άκρων δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Εστάλησαν καλλιέργειες αίματος οι οποίες δεν απομόνωσαν κάποιο μικρόβιο. Διενεργήθηκε διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα, στο οποίο αναδείχθηκαν εκ νέου τα κινητά μορφώματα στις δεξιές κοιλότητες. Λόγω αδυναμίας κατανόησης της θέσης των θραυσμάτων από τις υπερηχοκαρδιογραφικές μελέτες ο ασθενής υπεβλήθη σε ακτινοσκόπηση όπου διαπιστώθηκε η παρουσία 4 θραυσμάτων καλωδίων τα οποία βρισκόταν εντός του δεξιού κόλπου και πέριξ της τριγλώχινας βαλβίδας οπότε και εμπόδιζαν την ομαλή λειτουργία αυτής. Παρέμεινε σε αντιπηκτική θεραπεία και παραπέμφθηκε για καρδιοχειρουργική εκτίμηση όπου και αφαιρέθηκαν τα τμήματα των καλωδίων, οι θρόμβοι που είχαν αναπτυχθεί πέριξ αυτών και έγινε επιδιόρθωση της τριγλώχινας βαλβίδας. Ένα μήνα μετά την επέμβαση ο ασθενής παρουσίασε



τυπικό αντιθρομβωτικό κολπικό πτερυγισμό. Έγινε επιτυχής κατάλυση του ισθμού. Έγινε εκ νέου εκτίμηση της ανάγκης για βηματοδότηση και επί του παρόντος δεν απαιτείται. Σε νέα υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση των διαστάσεων της δεξιάς κοιλίας και της λειτουργικότητας αυτής και είναι ασυμπτωματικός. **Συμπεράσματα** Βιβλιογραφικά, έχουν αναφερθεί διάφορες περιπτώσεις ανάπτυξης θρόμβων και πνευμονικής εμβολής από συσκευές εντός της δεξιάς κοιλίας, ωστόσο είναι αρκετά σπάνιο το εν λόγω περιστατικό γιατί συνήθως τα θραύσματα που παραμένουν ύστερα από τόσο καιρό επιθηλιοποιούνται. Από την άλλη, τα θραύσματα των καλωδίων που παρέμειναν στον συγκεκριμένο ασθενή ήταν χωρίς την μόνωση καθώς είχε βγει κατά τη διάρκεια του extraction.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

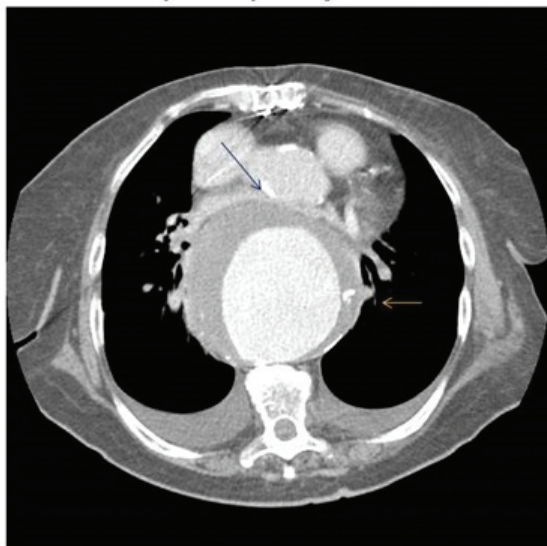
ΠΑ116 | **Giant thoracic aorta aneurysm causing acute pulmonary oedema due to compression effect**

Χ. Θεοδοσοπούλου¹, Ε. Σιδηροπούλου¹, Α. Ι. Χαλδούπης¹, Γ. Φώτος¹,
 Σ. Αλεξανδρής¹, Μ. Μπονέτη¹, Τ. Εμιριόν¹, Ζ. Προγκάκη¹, Μ. Μουρατίδου¹,
 Ι. Καράλης¹, Α. Σακελλαροπούλου¹, Π. Σεραφείμ¹, Μ. Αγγελάκη¹,
 Α. Χρήστου¹, Ν. Μπουρμπούλης¹, Κ. Φλέσσα¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΓΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction/Aim A giant aortic aneurysm has a diameter greater than 10cm. Rarely do aneurysms reach that size as they are usually complicated with dissection. We present a case with a giant aneurysm of the thoracic aorta complicated with pulmonary oedema due to compression effect on the left atrium. **Methods** A 75-year-old woman was admitted to the emergency department with shortness of breath and high blood pressure. The patient was in pulmonary oedema and she responded well to initial treatment with intravenous nitroglacial and furosemide. The patient had a history of hypertension and ascending aorta aneurysm surgically-treated at 2011. Bedside echocardiogram showed concentric LV hypertrophy, preserved ejection fraction and serious aortic regurgitation. There was a sizeable round shaped mass with thick wall, up to 2.7cm, squeezing the left atrium, suggestive of descending aorta aneurysm. Computed tomography- angiography showed a huge aortic aneurysm starting from the aortic arch down to descending aorta up to 11th thoracic vertebrae, of 14 cm length. The maximum diameter was measured at 10.5 cm and its wall thickness was 1.7cm consisting of intraluminal thrombus. No signs of dissection was found. The aneurysm compressed the left atrium, the two primary bronchi and the pulmonary arteries without causing any filling defects. In the following hours the patient showed respiratory distress and she was intubated. The patient was referred for surgery. **Conclusion** The presence of extensive intramural thrombus at aneurysm wall prevents rupture through the reduction of peak wall stress and alteration of wall stress distribution. However, despite no rupture, the giant diameter of the thoracic aorta aneurysm remains as a rare factor that can lead to compression of the adjacent structures, such as pulmonary arteries and tracheobronchial tree, with catastrophic results.

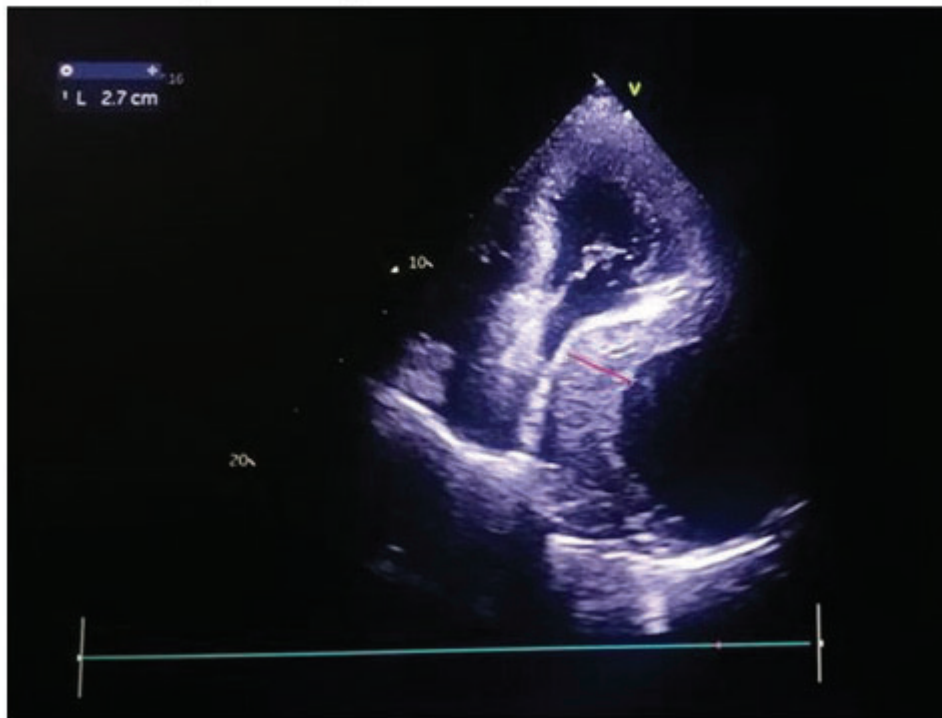
Figure 1
 CT scan of giant descending aorta aneurysm with intramural thrombus and compression of pulmonary arteries



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / FRIDAY, OCTOBER 13th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Figure 2
Descending aorta aneurysm in ECHO 4-chamber view



**ΣΑΒΒΑΤΟ
14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023**

**SATURDAY,
OCTOBER 14th 2023**

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Προφορικές Ανακοινώσεις

09.00-10.00 Επεμβατική καρδιολογία II

Πρόεδροι: **Μ. Παπαφακλής** (Αθήνα), **Στ. Τζήκας** (Θεσσαλονίκη)

ΠΑ117 |

ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΝΑΜΟΝΗ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ - ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**Δ. Οικονόμου¹, Θ. Μαραγκούλια¹, Α. Παπαπαναγιώτου¹, Δ. Χαρίτος¹, Δ. Κυριακοπούλου¹, Γ. Παπιγγιώτης¹, Η. Παπαδοπούλου¹, Λ. Παππάς¹, Δ. Σταλίκας¹, Κ. Τριανταφύλλου¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) έχει ένδειξη σε συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών με σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας. Ο διευρυμένος αριθμός ασθενών και ο περιορισμένος αριθμός επεμβάσεων οδηγεί σε αύξηση του χρόνου αναμονής. Σκοπός είναι η διερεύνηση της θνητότητας σε ασθενείς σε αναμονή για TAVI. **Υλικό και Μέθοδος:** Συμπεριλάβαμε διαδοχικούς ασθενείς με σοβαρή συμπτωματική στένωση αορτικής βαλβίδας που είχαν παραπεμφθεί για αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με την τεχνική TAVI και είχαν λάβει έγκριση από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) για την επέμβαση. Μελετήθηκε η θνητότητα κατά την αναμονή για TAVI και οι πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες. **Αποτελέσματα:** Συνολικά εντάχθηκαν στη μελέτη 148 ασθενείς. Η διάμεση ηλικία ήταν 83 (76-87) έτη και το 52% ήταν άνδρες. Ο διάμεσος χρόνος αναμονής μέχρι την TAVI υπολογίστηκε σε 104 (54,5-154) μέρες. Βρέθηκαν 22 ασθενείς (14,9%) που κατέληξαν ενώ βρίσκονταν στη λίστα αναμονής για την επέμβαση. Οι ασθενείς με καταγεγραμμένο θάνατο κατά την αναμονή, παρουσίαζαν πιο συχνά ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (50% vs 27,8% p=0,038), νοσηλείες σχετιζόμενες με τη στένωση αορτικής βαλβίδας το τελευταίο έτος προ της ημερομηνίας έγκρισης (77,3% vs 40,5% p=0,001) και υψηλότερο STS score (5,55 vs 4,24 p=0,026) συγκριτικά με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν τελικά σε TAVI. Επιπροσθέτως, στην υπερηχογραφική μελέτη εμφάνιζαν μικρότερο αορτικό βαλβιδικό στόμιο (AVA: 0,66cm² vs 0,8cm² p=0,045) και συχνότερα μέτρια προς σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς (18,2% vs 4,8% p=0,022). Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης η πολύ σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας (AVA≤0,6cm²) και η νοσηλεία σχετιζόμενη με τη στένωση αορτικής βαλβίδας το τελευταίο έτος προ της έγκρισης αποτέλεσαν ισχυρούς ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες για θνητότητα κατά την αναμονή (OR: 3,47 CI 95% 1,2-10 p=0,021 και OR: 3,83 CI 95% 1,2-12 p=0,021, αντίστοιχα). **Συμπεράσματα:** Η θνητότητα κατά την αναμονή για TAVI είναι υψηλή και χρειάζεται προσοχή να βραχυυνθεί ο χρόνος από την έγκριση της ένδειξης ως την επέμβαση. Η στενή παρακολούθηση των ασθενών που βρίσκονται στη λίστα αναμονής για TAVI, με ιδιαίτερη προσοχή σε αυτούς με πολύ μικρό βαλβιδικό στόμιο και με συχνές νοσηλείες σχετιζόμενες με τη στένωση αορτικής βαλβίδας, κρίνεται αναγκαία.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών με απόφαση έγκρισης για διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας

	Σύνολο ασθενών n=148	Υποβλήθηκαν σε TAVI n=126	Κατέληξαν στην αναμονή n=22	p-value
Ηλικία, διάμεση τιμή (IQR)	83 (76-87)	82 (75-87)	83 (79-87,5)	0,226
Ανδρες, n (%)	77 (52)	66 (52,4)	11 (50)	0,837
Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	62 (41,9)	54 (42,9)	8 (36,4)	0,569
Αρτηριακή υπέρταση, n (%)	113 (76,4)	94 (74,6)	19 (86,4)	0,231
Δυσλιπιδαιμία, n (%)	108 (73)	93 (73,8)	15 (68,2)	0,583
Κάπνισμα, n (%)	69 (46,4)	54 (48,2)	15 (68,2)	0,028
Στεφανιαία νόσος, n (%)	88 (59,5)	73 (57,9)	15 (68,2)	0,036
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%)	95 (64,2)	79 (62,7)	16 (72,7)	0,630
Κολπική μαρμαρυγή, n (%)	52 (35,1)	46 (36,5)	6 (27,3)	0,402
ΧΑΠ, n (%)	46 (31,1)	35 (27,8)	11 (50)	0,038
Ιστορικό PCI, n (%)	31 (20,9)	25 (19,8)	6 (27,3)	0,628
Ιστορικό CABG, n (%)	25 (16,9)	21 (16,7)	4 (18,2)	0,861
Περιφερική αγγειοπάθεια, n (%)	39 (26,4)	37 (29,4)	5 (22,7)	0,524
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, n (%)	7 (4,7)	5 (4)	2 (9,1)	0,296
Πρόσφατη νοσηλεία (<1έτος)	68 (45,9)	51 (40,5)	17 (77,3)	0,001
EuroScore II, διάμεση τιμή (IQR)	5,92 (4-9,6)	5,58 (3,98-9,04)	8 (5,41-10)	0,1
STS score, διάμεση τιμή (IQR)	4,44 (2,81-6)	4,24 (2,77-5,72)	5,55 (4,40-8,06)	0,026
Κρεατινίνη (mg/dl), διάμεση τιμή (IQR)	1,2 (0,9-1,58)	1,2 (0,9-1,5)	1,4 (1,1-1,86)	0,117
LVEF %, διάμεση τιμή (IQR)	55 (40,5-55)	55 (45-55)	50 (38,8-55)	0,111
LVEF<40%, n (%)	29 (19,6)	23 (18,3)	6 (27,3)	0,325
AVA (cm) ² , διάμεση τιμή (IQR)	0,77 (0,6-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,66 (0,6-0,788)	0,045
V max (m/s), διάμεση τιμή (IQR)	4,28 (3,9-4,7)	4,2 (3,95-4,65)	4,15 (3,86-4,75)	0,877
AVA ≤ 0,6 cm ² , n (%)	35 (23,6)	24 (19,7)	11 (50)	0,002
Μέτρια προς σοβαρή / σοβαρή AR, n (%)	6 (4,1)	4 (3,3)	2 (9,1)	0,205
Μέτρια προς σοβαρή / σοβαρή MR, n (%)	10 (6,8)	6 (4,8)	4 (18,2)	0,022
PASP (mmHg), διάμεση τιμή (IQR)	40 (31,5-55)	40 (30-51)	47 (35,8-60)	0,141

TAVI: διακαθετηριασκή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας, IQR: διατετρατημιακό διάστημα, ΧΑΠ: χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, PCI: διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση, CABG: αορτοστεφανιαία παράκαμψη, LVEF: κλάσμα εξώθησης αριστηρής κοιλίας, AVA: αορτικό βαλβιδικό στόμιο, AR: ανεπάρκεια αορτικής, MR: ανεπάρκεια μιτροειδούς, PASP: συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Πίνακας 2. Πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης για θνητότητα κατά την αναμονή για TAVI				
	Odds Ratio	Lower 95%CI	Upper 95% CI	p-value
Ηλικία	1,02	0,952	1,1	0,532
Φύλο (άρρεν)	1,07	0,386	2,97	0,895
ΧΑΠ	2	0,695	5,67	0,2
MR 3-4/4+	2	0,415	10,1	0,379
AVA ≤ 0,6cm ²	3,47	1,2	10	0,021
Πρόσφατη νοσηλεία (< 1 έτος)	3,83	1,2	12	0,021
<i>TAVI: διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας, ΧΑΠ: χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, MR: ανεπάρκεια μιτροειδούς, AVA: αορτικό βαλβιδικό στόμο</i>				

ΠΑ118 |

Επανάιμάτωση σε ασθενείς με ιστορικό αγγειοπλαστικής ή αορτοστεφανιαίας παράκαμψης

Χ. Βαρλάμος¹, Ι. Ξενογιάννης¹, Δ. Ρ. Μπενέτου¹, Χ. Παππάς¹, Φ. Κολοκάθης¹, Σ. Δευτεραίος¹, Δ. Αλεξόπουλος¹, Γ. Καραμάσης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς με προηγούμενη αγγειοπλαστική (Percutaneous Coronary Intervention - PCI) παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά νέας επανάιμάτωσης συγκριτικά με ασθενείς με ιστορικό αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (Coronary Aortic Bypass Grafting - CABG). Οι μελέτες ορίζουν ως καταληκτικό σημείο την πραγματοποιηθείσα επανάιμάτωση (νέα PCI ή CABG) και όχι την ανάγκη επανάιμάτωσης με βάση την κλινική ένδειξη. Σκοπός της παρούσας ανάλυσης είναι η σύγκριση του ποσοστού της πραγματοποιηθείσας επανάιμάτωσης μεταξύ των δύο υποομάδων ασθενών που είχαν κλινική ένδειξη για να υποβληθούν σε αυτή. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Η ανάλυση βασίστηκε σε δεδομένα από την προοπτική Καταγραφή του Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου της Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής του ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ιστορικό PCI ή CABG και ένδειξη για νέα στεφανιογραφία λόγω στηθάγχης, θετικού μη επεμβατικού ελέγχου ισχαιμίας ή οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, στους οποίους βρέθηκε σημαντική επικαρδιακή νόσος (στένωση ≥70% σε τουλάχιστον ένα αγγείο διαμέτρου ≥2.5mm). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από την 1η Σεπτεμβρίου 2022 έως την 30η Ιουνίου 2023, 1266 ασθενείς υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία, από τους οποίους 120 ασθενείς με προηγούμενη PCI και 42 ασθενείς με ιστορικό CABG. Οι ασθενείς με ιστορικό CABG είχαν μεγαλύτερη ηλικία (72.0 vs. 66.8 έτη, p=0.0067) και ήταν σπανιότερα ενεργοί καπνιστές (14.3% vs. 39.2%, p=0.0031). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην ένδειξη καθετηριασμού (στηθάγχη και θετικός αναίμακτος έλεγχος ισχαιμίας: 57.1% vs. 57.5%, STEMI/NSTEMI 42.9% vs. 42.5% για την ομάδα CABG έναντι PCI, p=ns). Αποτυχία του stent (σοβαρού βαθμού επαστένωση ή θρόμβωση) κατεγράφη στο 36.7% των ασθενών με προηγούμενη PCI, ενώ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

πλήρης απόφραξη ή σημαντική στένωση μοσχεύματος παρατηρήθηκε στο 66.7% των ασθενών με ιστορικό CABG ($p=0.0008$). Νέα επαναμάτωση πραγματοποιήθηκε στο 87.5% της ομάδας PCI και μόνο στο 40.5% της ομάδας CABG ($p<0.0001$). Όσον αφορά τη μέθοδο νέας επαναμάτωσης, στην πλειονότητα των ασθενών με προηγούμενη PCI διενεργήθηκε νέα PCI (84%) και στο 16% έγινε παραπομπή για CABG. Αντίθετα, σε όλους τους χειρουργημένους ασθενείς που έλαβαν επαναμάτωση, αυτή έγινε με PCI. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι ασθενείς με ιστορικό CABG οδηγήθηκαν σπανιότερα σε νέα επαναμάτωση συγκριτικά με ασθενείς με προηγούμενη PCI, ακόμα και όταν η ένδειξη για επαναγγείωση ήταν παρόμοια. Αυτή η παρατήρηση πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν κατά την ανάλυση των κλινικών μελετών.

ΠΑ119 | **Αγγειοπλαστική νόσου τριχασμού του κυρίως στελέχους: Η εμπειρία ενός κέντρου**

**N. Αρνας¹, Γ. Γαβριελάτος¹, Α. Δημόπουλος¹, Ν. Πατσουράκος¹,
Ν. Παπακωνσταντίνου¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΣΚΟΠΟΣ Τα δεδομένα από την αντιμετώπιση με αγγειοπλαστική ασθενών με νόσο τριχασμού του κυρίως στελέχους είναι περιορισμένα τόσο περιεπεμβατικά όσο και για την κλινική έκβαση τους. Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης παρατήρησης ήταν η καταγραφή των βασικών παραμέτρων ασθενών με νόσο τριχασμού του στελέχους που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική επέμβαση. **ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του ΓΝΠ Τζανείου υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο από τον 1ο του 2022 έως τον 6ο του 2023 175 ασθενείς με όπου αναδείχθηκε νόσος του κυρίως στελέχους. Εξ' αυτών 19 (10.85%) εμφάνιζαν ανατομική βλάβη τριχασμού όπου έπασχε σημαντικά το άνω στέλεχος με συμμετοχή δύο τουλάχιστον εκ τριών μεγάλων κλάδων. Η ένδειξη καθετηριασμού ήταν ΟΣΣ στους 6 ασθενείς ενώ 13 είχαν θετική αναίμακτη λειτουργική δοκιμασία ισχαιμίας. Σε αγγειοπλαστική υποβλήθηκαν εννέα ασθενείς ενώ οι υπόλοιποι 10 αντιμετωπίστηκαν με αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Η απόφαση για τη μέθοδο επαναγγείωσης βασίστηκε στον υπολογισμό του SYNTAX Score, την κλινική κατάσταση του ασθενούς (πόσο άμεση κρίνονταν η επαναμάτωση) και την επιθυμία των ιδίων. Έτσι 9 ασθενείς με μέσο όρο SYNTAX Score 28 αντιμετωπίστηκαν με άμεση αγγειοπλαστική (6 NSTEMI, 3 με θετική λειτουργική δοκιμασία), και 10 με μέσο όρο SYNTAX Score 38 (εύρος τιμών 12-57) οδηγήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση (4 NSTEMI, 6 με θετική λειτουργική δοκιμασία). Όσον αφορά τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν, σε 6 περιπτώσεις ακολουθήθηκε τεχνική με 2 stents (DK-CRUSH) και σε τρία περιστατικά έγινε provisional stenting και τεχνική Kissing Balloon. Σε 5/6 ασθενείς με τεχνική δύο stent, αφορούσαν στέλεχος/πρόσθιο κατιόντα και περισπωμένη ενώ σε μια περίπτωση στέλεχος/πρόσθιο κατιόντα και διάμεσο κλάδο. Στην εξάμηνη παρακολούθηση με στεφανιογραφία δεν σημειώθηκε κανένα περιστατικό επαναστένωσης ενώ οι ασθενείς ήταν ασυμπτωματικοί. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Η αγγειοπλαστική της νόσου στελέχους τριχασμού είναι μια όχι συχνή αλλά υπαρκτή κλινική οντότητα που απαιτεί εμπειρία και τεχνική κατάρτιση από τον χειριστή και από το κέντρο. Όταν αυτές οι προϋποθέσεις πληρούνται τότε μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ120 | Outcomes of Total Endovascular Aortic Arch Repair in high-risk patients: A Retrospective Single Center Study**N. Stanitsa¹, A. Logotheti², K. Papakonstantinou¹, F. P. Rorris¹, E. Liverakou¹, P. Petaloudis², D. Tomais², I. Samiotis¹, V. Patris¹, M. Argyriou¹, P. Dedeilias¹, I. Kokotsakis¹, T. Kratimenos²**¹ Cardiac Surgery Department, General Hospital of Athens Evangelismos² Interventional Radiology Department, General Hospital of Athens Evangelismos

Introduction Aortic arch disease is a challenging clinical problem, particularly among high-risk patients for whom open repair might result in high morbidity and mortality rates. The established gold standard treatment for aneurysms and dissections involving the aortic arch remains open total arch replacement. Yet, for those considered high-risk surgical candidates, employing endovascular techniques may minimize the risk of both perioperative mortality and morbidity. The purpose of this study is to summarize our outcomes in total endovascular aortic arch repair procedures. **Material and Methods** We conducted a review of all Thoracic Endovascular Aortic Repair (TEVAR) procedures performed between June 2019 and June 2022 at Evangelismos Hospital, Athens, specifically identifying those involving aortic arch branched stent-grafts. Primary end-points were technical success, 30-day and 1-year mortality. Secondary end-points were reinterventions, neurological complications and endoleaks during their follow-up CT scans. Technical success was defined as a patient's surviving the index operation with deployment of the stent at the intended treatment zone with no evidence of type I or type III endoleak on initial postoperative imaging. **Results** Six male patients, ranging in age from 56 to 78, were identified, and all were described as being at prohibitive risk for open repair by the treating team. Relevant comorbidity rates were as follows: diabetes mellitus 50%, arterial hypertension 83%, dyslipidemia 67%, coronary artery disease 17%. Three patients had prior aortic surgery history. The overall technical success rate stood at 83%, with one instance of a minor type Ia endoleak detected in initial postoperative angiography. The 30-day and 1-year mortality is estimated to be 0% and 17%, respectively. One patient encountered neurological complications in the form of a stroke. None of the patients required aorta-related reintervention, and no additional endoleaks have been observed in subsequent follow-up CT scans. **Conclusion** Total endovascular aortic arch repair represents an emerging option for the management of aortic arch disease with high procedural success rates and satisfying early outcomes. However, more data are necessary to determine the comparative treatment effect, compared with conventional open and hybrid repairs. A comprehensive longitudinal follow-up is still needed to shed light on the long-term outcomes.

ΠΑ121 | Αποτελεσματικότητα της Ενδοαγγειακής Λιθοτριψίας (IVL) σε Στεφανιαίες αρτηρίες με σοβαρή ασβεστοποίηση: Μια Πολυκεντρική Συστηματική ανασκόπηση και Μετα-ανάλυση**Μ. Σαγρής¹, Ν. Κτενόπουλος¹, Κ. Δημητριάδης¹, Α. Παπανικολάου¹, Α. Τζούμας¹, Δ. Τερεντές¹, Α. Συνετός¹, Σ. Σουλαϊδόπουλος¹,**

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

**M. Lichtenberg², G. Korosoglou³, B. Honton⁴, Δ. Τούσουλης¹,
Κ. Τούτουζας¹, Κ. Τσιούφης¹**

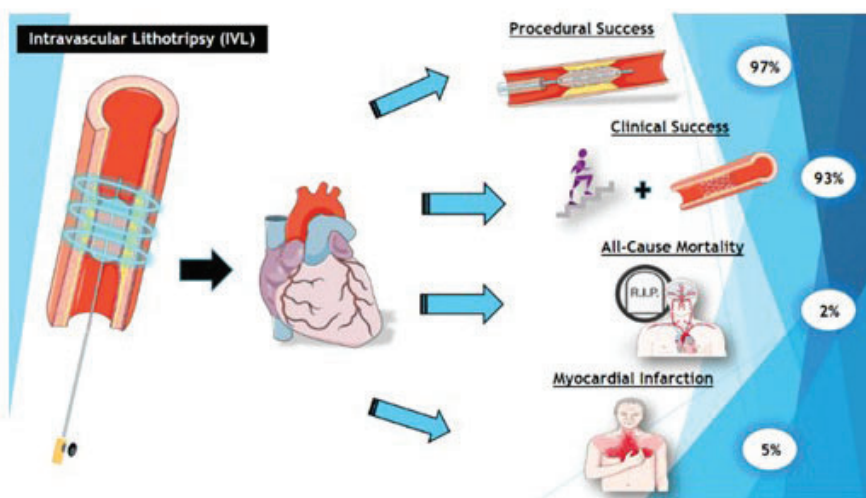
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Department of Cardiology, Vascular Medicine and Pneumology, GRN Hospital, Weinheim, Germany

³ Vascular Center Arnsberg, Arnsberg, Germany

⁴ Department of Interventional Cardiology, Clinique Pasteur, Toulouse, France

Εισαγωγή: Οι βαριά ασβεστοποιημένες βλάβες της στεφανιαίας αρτηρίας εμποδίζουν την κατάλληλη έκπτυξη του stent, αυξάνοντας τον κίνδυνο επιπλοκών κατά τη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI). Η Ενδαγγειακή Λιθοτριψία (IVL) διαταράσσει την υποενδοθηλιακή ασβεστοποίηση χρησιμοποιώντας εντοπισμένα παλμικά κύματα ηχητικής πίεσης και είναι μια πολλά υποσχόμενη τεχνική για ασθενείς με σοβαρή ασβεστοποίηση στις στεφανιαίες. **Σκοπός:** Σκοπός μας ήταν η συστηματική ανασκόπηση και σύνοψη των διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της IVL στην παρασκευή σοβαρά ασβεστοποιημένων πλάκων σε στεφανιαίες πριν από την τοποθέτηση stent. **Μέθοδοι:** Αυτή η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA. Αναζητήσαμε συστηματικά τις βάσεις δεδομένων PubMed, SCOPUS και Cochrane από την έναρξή τους έως τις 23 Φεβρουαρίου 2023, για μελέτες που αξιολογούν τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα ασθενών που υποβλήθηκαν σε IVL πριν από την εμφύτευση stent. Η διάμετρος του αυλού του αγγείου πριν και μετά την IVL καθώς και μετά την εμφύτευση stent αναλύθηκαν. Η εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβάντων (MACE) αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο τυχαίων επιδράσεων. **Αποτελέσματα:** Η μετα-ανάλυση περιλαμβάνει 38 μελέτες συμπεριλαμβανομένων 2.977 ασθενών με βαριά ασβεστοποι-



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ημένες στεφανιαίες βλάβες. Η μέση ηλικία ήταν 72,2 ± 9,1 έτη, με συνολική κλινική επιτυχία IVL 93% (95% CI: 91%-95%, I2=0%) και ποσοστό επιτυχίας επέμβασης 97% (95% CI: 95%-98%, I2=73.7%), ενώ η ενδοσσοκομειακή και 30ήμερη επίπτωση του MACE, του εμφράγματος του μυοκαρδίου (MI) και του θανάτου ήταν 8% (95% CI: 6%-11%, I2=84.5%), 5% (95% CI: 2%-8%, I2=85.6%) και 2% (95% CI: 1%-3%, I2=69.3%), αντίστοιχα. Υπήρξε σημαντική αύξηση στη διάμετρο του αγγείου (SMD: 2.47, 95% CI: 1.77-3.17, I2=96%) και μείωση στη στένωση της διαμέτρου (SMD: -3.44, 95% CI: -4.36 to -2.52, I2=97.5%) αμέσως μετά την εφαρμογή IVL, ενώ παρατηρήθηκε περαιτέρω μείωση της στένωσης διαμέτρου (SMD: -6.57, 95% CI: -7.43 to -5.72, I2=95.8%), αύξηση της διαμέτρου του αγγείου (SMD: 4.37, 95% CI: 3.63-5.12, I2=96.7%) καθώς και αύξηση του αυλού (SMD: 3.23, 95% CI: 2.10-4.37, I2=98%), μετά την εμφύτευση stent. Η άμεση αύξηση του αυλού μετά τη χρήση IVL και την εμφύτευση stent υπολογίστηκε ότι ήταν 1,27 ± 0,6 mm και 1,94 ± 1,1 mm, αντίστοιχα. Οι περι-εγχειρητικές επιπλοκές ήταν σπάνιες, με λίγες μόνο περιπτώσεις διατηρήσεων, φαινομένων διαχωρισμού ή μη επαναροής. **Συμπεράσματα:** Η IVL φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής τεχνική για την προετοιμασία σοβαρά αβεστοποιημένων βλαβών στις στεφανιαίες αρτηρίες. Απαιτούνται μελλοντικές προοπτικές μελέτες για την επικύρωση των αποτελεσμάτων μας και τη σύγκριση της με άλλες τεχνικές.

ΠΑ122 | Προγραμματισμένη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση στα πλαίσια προετοιμασίας για διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας: Χρονισμός και έκβαση

Δ. Κυριακοπούλου¹, Δ. Τζάλας¹, Α. Κοτζαρίδης¹, Ε. Χαματζόλα¹, Δ. Οικονόμου¹, Λ. Παππάς¹, Δ. Σταλίκας¹, Κ. Τριανταφύλλου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή / σκοπός: Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) και η στένωση αορτικής βαλβίδας (ΣΑΒ) συχνά συνυπάρχουν λόγω κοινών παθοφυσιολογικών μηχανισμών, ενώ η ΣΝ συσχετίζεται με δυσμενή έκβαση στους ασθενείς με ΣΑΒ που πρόκειται να υποβληθούν σε διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVR). Η αντιμετώπιση της ωστόσο με διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) σε αυτούς τους πληθυσμούς παραμένει υπό αμφισβήτηση. Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή των χαρακτηριστικών και η εκτίμηση της προγνωστικής αξίας της προγραμματισμένης PCI σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε TAVR. **Υλικό και μέθοδος:** Διαδοχικοί ασθενείς με σοβαρού βαθμού ΣΑΒ που υποβλήθηκαν σε TAVR στο Γ.Ν. Ευαγγελισμό το διάστημα 2018-2023 συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Σε επιλεγμένους ασθενείς με ανάδειξη σοβαρής ΣΝ προεπεμβατικά, πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική. Οι PCI διακρίθηκαν σε σύμπλοκες (>= 2 αγγεία, >= 3 βλάβες, στέλεχος, βλάβη διχασμού, χρόνια ολική έμφραξη, >= 3 stent ή συνολικό μήκος stents>mm) ή μη, ενώ χρησιμοποιήθηκε το CHIP score προς αξιολόγηση του κινδύνου των σύμπλοκων PCI. Ως καταληκτικό σημείο ορίστηκε η καρδιαγγειακή θνητότητα. **Αποτελέσματα:** Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 136 ασθενείς και ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης ήταν οι 12 (5,09-20,5) μήνες. Η διάμεση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 82 έτη και το 57,7% ήταν άνδρες. Το 58,1% των

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ασθενών είχαν ΣΝ ενώ το 16,1 % υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη PCI. Το 45,5% των PCI ήταν σύμπλοκες επεμβάσεις και η διάμεση τιμή CHIP score ήταν 4. Το 54,5% PCI αφορούσε εγγύς τμήμα των αγγείων. Η πλειονότητα των επεμβάσεων έγιναν προ TAVR (81,8%). Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση η παρουσία προγραμματισμένης PCI στα πλαίσια της TAVR δε συσχετίστηκε με αυξημένη καρδιαγγειακή θνητότητα (HR: 0,821, 95% CI: 0,92-7,3 p=0,860). **Συμπέρασμα:** Προγραμματισμένη PCI πραγματοποιήθηκε περίπου στο 1/6 των ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVR και αφορούσε συχνότερα εγγύς τμήματα αγγείων ενώ στην πλειοψηφία έγινε προ της TAVR. Η παρουσία της δεν αποτέλεσε προγνωστικό δείκτη καρδιαγγειακής θνητότητας.

Χαρακτηριστικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVR

	Σύνολο ασθενών n=136	Χωρίς προγραμματισμένη PCI n=112	Προγραμματισμένη PCI n=22	p-value
Ηλικία, διάμεση τιμή (IQR)	82,5 (75,3-87)	82 (75-87)	83,5 (76,5-87)	0,299
Άνδρες, n (%)	69 (57,7)	57 (50)	12 (54,5)	0,696
Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	56 (41,2)	49 (43)	7 (31,8)	0,330
Αρτηριακή υπέρταση, n (%)	100 (73,5)	81 (71,1)	19 (86,4)	0,136
Δυσλιπιδαιμία, n (%)	98 (72,1)	79 (69,3)	19 (86,4)	0,102
Κάπνισμα, n (%)	56 (41,2)	47 (41,6)	9 (40,9)	0,953
Στεφανιαία νόσος, n (%)	79 (58,1)	57 (50)	22 (100)	<0,001
Προηγούμενη PCI, n(%)	25 (18,3)	14 (12,3)	11 (50)	<0,001
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%)	84 (61,8)	69 (62,7)	15 (68,2)	0,627
Κολκική μαρμαρυγή, n (%)	50 (36,8)	42 (36,8)	8 (36,4)	0,966
ΧΑΠ, n (%)	36 (26,5)	33 (29,2)	3 (13,6)	0,131
Περιφερική αγγειοπάθεια, n (%)	39 (28,7)	31 (27,2)	8 (36,4)	0,384
LVEF %, διάμεση τιμή (IQR)	55 (45-55)	55 (45-55)	55 (43,8-55)	0,740
EuroScore II, διάμεση τιμή (IQR)	5,6 (3,98-9)	5,2 (3,91-8,77)	7,29 (5,53-10,2)	0,014
STS score, διάμεση τιμή (IQR)	4,26 (2,82-5,81)	4 (2,6-5,6)	5,33 (3,68-6,53)	0,029
Σύμπλοκη PCI, n (%)	NA	NA	10 (45,5)	NA
CHIP score, διάμεση τιμή (IQR)	NA	NA	4 (2-5,3)	NA
PCI σε εγγύς τμήμα, n (%)	NA	NA	12 (54,5)	NA
PCI προ TAVR, n (%)	NA	NA	18 (81,8)	NA

TAVR: διακαθετηριαχιά εμφύτευση αορτικής βαλβίδας, IQR: διατετρατημοριακό διάστημα, ΧΑΠ: χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, LVEF: κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, PCI: διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ123 | **Δια-δερμική διακαθετηριακή εμβολεκτομή σε πνευμονική εμβολεκτομή: Αρχική εμπειρία σε Καρδιολογικό/ Καρδιοχειρουργικό Κέντρο**
**Ε. Μαντζουράνης¹, Γ. Λάτσιος¹, Κ. Δημητριάδης¹, Α. Συνετός¹,
Α. Σακαλίδης¹, Κ. Αγγέλη¹, Ε. Τσιάμης¹, Κ. Τσιούφης¹**

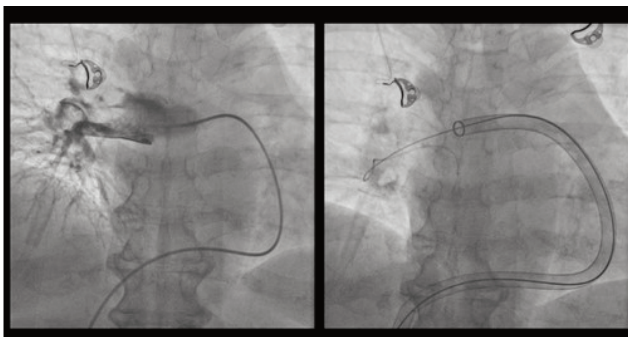
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ - συχνότητα 1,5/1.000 άτομα) εξακολουθεί να αποτελεί μείζονα αιτία καρδιαγγειακού θανάτου (θνητότητα 10% την 1η ώρα). Στην εν-διαμέσου κινδύνου ΠΕ (ESC classification) οι επεμβατικές θεραπείες περιλαμβάνουν την τοπική (μέσω καθετήρα) θρομβόλυση και τη μηχανική θρομβεκτομή. Στην υψηλού κινδύνου ΠΕ, επί αντένδειξης ή αποτυχίας της θρομβόλυσης συνιστάται καρδιοχειρουργική εμβολεκτομή (ένδειξη I-C), ενώ εναλλακτικά αναρρόφηση (εμβολεκτομή) του θρόμβου με καθετήρα (ένδειξη IIa-C). **Υλικό και μέθοδος:** Παρουσιάζουμε την αρχική εμπειρία μας από τα πρώτα περιστατικά δια-καθετηριακής εμβολεκτομής σε Αιμοδυναμικό Εργαστήριο 3βάθμιου Νοσοκομείου (με επιτόπου Καρδιοχειρουργικό Τμήμα) από 3 ασθενείς με οξεία ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου ΠΕ. Πρόκειται για 2 άρρενες 43 & 41 ετών που προσήλθαν στο ΤΕΠ αιτιώμενοι δύσπνοια αιφνίδιας έναρξης και 1 θήλυ ασθενή 65 ετών, ήδη νοσηλευόμενη για διερεύνηση κοιλιακού άλγους και παρουσίασε επιδεινούμενη δύσπνοια και εικόνα εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (ΕΒΦΘ). Ο 1ος άρρεν ασθενής ήταν παχύσαρκος (BMI=38) με πρόσφατο χειρουργείο λόγω ρήξης τετρακεφάλου. Ο 2ος ασθενής προ 6μήνου υπέστη επεισόδιο ΕΒΦΘ χωρίς αιτιολογικό παράγοντα. Κατά την αρχική εκτίμηση οι 3 ασθενείς είχαν συστολική ΑΠ (mmHg) /σφύξεις (bpm) /SpO2 (% , στον αέρα) 1ος: 120/100/93, 2ος: 110/130/88, 3ος: 100/120/89 αντίστοιχα. Το PESI score ήταν 73, 113, 105, που αντιστοιχούσε σε θνητότητα 30 ημερών 3.1%, 10.4%, 6.5%. Όλοι οι ασθενείς είχαν αυξημένη τροπονίνη, σημαντική δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας στο διαθωρακικό υπερηχογράφημα και RV/LV ratio 1.06, 1.2, 1.15, στην αξονική αγγειογραφία, η οποία ανέδειξε ελλείμματα πλήρωσης αμφότερο πλευρα στους κύριους κλάδους και στα 3 περιστατικά με επέκταση στο διχασμό στον έναν άνδρα και τη γυναίκα. **Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς εισήχθησαν στην καρδιολογική ΜΕΘ, υπό θεραπεία με ηπαρίνη παρεντερικά, και μετά από 2-6 ώρες οδηγήθηκαν στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο. Υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση τοποθετήθηκε εισαγωγέας 24 french (Gore©) στην δεξιά μεριαία φλέβα και καθετηριάστηκε η πνευμονική αρτηρία. Αγγειογραφία (βλ. εικόνα) επιβεβαίωσε τα υπάρχοντα ελλείμματα πλήρωσης και επεμβατική μέτρηση συστολικής και μέσης πίεσης στην πνευμονική αρτηρία (sPAP - mPAP) σε έκαστο ασθενή ήταν 85, 97, 70 mmHg και 43, 47, 38 mmHg. Κατόπιν πάνω σε οδηγό σύρμα Amplatz super stiff © προωθήθηκε ο καθετήρας αναρρόφησης Flowtriever 24F Inari©. Πολλαπλές αναρροφήσεις (έκαστη 40-60 cc) αλλά και χρήση των ειδικών δίσκων nitinol 12F εγκλωβισμού θρόμβων είχαν ως αποτέλεσμα την αφαίρεση σημαντικού θρομβωτικού υλικού (βλ. εικόνα) Όλες οι επεμβάσεις ήταν ανεπίπλεκτες (καρδιακά αλλά και αγγειακά , χωρίς πτώση Hgb), άριστα ανεκτές από τους ασθενείς και οδήγησαν σε άμεση βελτίωση του υποκειμενικού αισθήματος δύσπνοιας αλλά και αιμοδυναμική βελτίωση. Η επεμβατική μέτρηση της πίεσης στην πνευμονική αρτηρία στο πέρας της επέμβασης ήταν σαφώς βελτιωμένη: sPAP 43, 40, 32 και mPAP ήταν 29, 28, 24 mmHg αντίστοιχα. Εντός 6-12 ωρών δεν είχαν πλέον ανάγκη συμπληρωματικού οξυγόνου και σε λιγότερο από 24 ώρες οδηγήθηκαν σε κοινό θά-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

λαμο. Σε επαναληπτικό έλεγχο εντός 48 ωρών διαπιστώθηκε βελτίωση στο RV/LV ratio: 0.95, 0.99, 0.95. **Συμπέρασμα:** Η αρχική εμπειρία μας με διαδερμική δια-καθετηριακή εμβολεκτομή σε οξεία πνευμονική εμβολή δείχνει ότι είναι ασφαλές, αξιόπιστο αλλά με πολύ ενθαρρυντικά κλινικά οφέλη για τους ασθενείς. Τουλάχιστον μέχρι αποκτήσεως ικανής εμπειρίας, η ύπαρξη στο Νοσοκομείο μας Καρδιοχειρουργικού αλλά και Αγγειοχειρουργικού Τμήματος συμβάλλει στην απαιτούμενη επιπρόσθετη ασφάλεια.



ΠΑ124 | Αποτελεσματικότητα της Ενδοαγγειακής Λιθοτριψίας (IVL) σε Περιφερικές βλάβες με σοβαρή αβεστοποίηση και η χρήση της στη διαδικασία TAVI: Μια Πολυκεντρική Συστηματική Ανασκόπηση και Μετα-ανάλυση

Μ. Σαγρής¹, Ν. Κτενόπουλος¹, Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Κ. Δημητριάδης¹, Α. Παπανικολάου¹, Α. Τζούμας¹, Δ. Τερεντές¹, Μ. Lichtenberg³, G. Korosoglou⁴, B. Honton⁵, Δ. Τούσουλης¹, Κ. Τούτουζας¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Department of Internal Medicine, University of Cincinnati Medical Center, Cincinnati, OH, USA.

³ Vascular Center Arnsberg, Arnsberg, Germany

⁴ Department of Cardiology, Vascular Medicine and Pneumology, GRN Hospital, Weinheim, Germany

⁵ Department of Interventional Cardiology, Clinique Pasteur, Toulouse, France

Εισαγωγή: Οι βαριά αβεστοποιημένες βλάβες της περιφερικής αρτηρίας αυξάνουν τον κίνδυνο αγγειακών επιπλοκών, αποτελώντας μια σοβαρή πρόκληση για τον χειριστή κατά τη διάρκεια διαδερμικών αγγειακών παρεμβάσεων. Η τεχνολογία Ενδοαγγειακής Λιθοτριψίας (IVL) διαταράσσει την υποενδοθηλιακή αβεστοποίηση χρησιμοποιώντας εντοπισμένα παλμικά κύματα ηχητικής πίεσης και αντιπροσωπεύει μια πολλά υποσχόμενη τεχνική για την τροποποίηση της πλάκας σε ασθενείς με σοβαρή αβεστοποίηση στις περιφερικές

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

αρτηρίες. **Σκοπός:** Σκοπός μας ήταν η συστηματική ανασκόπηση και σύνοψη των διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της IVL στην παρασκευή σοβαρά αβεστοποιημένων πλακών στις περιφερικές αρτηρίες και τη χρήση της στην διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI). Μέθοδος: Αυτή η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA. Αναζητήσαμε συστηματικά τις βάσεις δεδομένων PubMed, SCOPUS και Cochrane από την έναρξή τους έως τις 23 Φεβρουαρίου 2023, για μελέτες που αξιολογούν τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα ασθενών που υποβάλλονται σε IVL στα περιφερικά αγγεία. Υπολογίστηκε η διάμετρος του αυλού του αγγείου πριν και μετά την IVL. Η εμφάνιση περιεγχειρητικών επιπλοκών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο τυχαίων επιδράσεων. **Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν 20 μελέτες με συνολικά 1.223 ασθενείς με βαριά αβεστοποιημένες περιφερικές βλάβες. Η μέση ηλικία της κοόρτης ήταν $70,6 \pm 17,4$ έτη. Επιτυχής προώθηση του συστήματος IVL επιτεύχθηκε στο 100% (95% CI: 100%-100%, I²=0%), με αύξηση της διαμέτρου του αυλού (SMD: 4.66, 95% CI: 3.41-5.92, I²=90.8%) και μείωση της διαμέτρου στένωσης (SMD: -4.15, 95% CI: -4.75 to -3.55, I²=92.8%), με συνοδό χαμηλό ποσοστό επιπλοκών. Η διαδικασία δεν περιπλέχθηκε από διαχωρισμούς στο 97% (95% CI: 91%-100%, I²=81.4%) ενώ διαχωρισμοί οποιουδήποτε τύπου (A, B, C, ή D) παρατηρήθηκαν μόνο στο 6% (95% CI: 2%-10%, I²=85.3%) των ασθενών. Καταγράφηκαν σπάνιες περιπτώσεις απότομου απόφραξης αγγείου, φαινομένων μη επαναροής, διάτρησης, σχηματισμού θρόμβου και άπω εμβολισμού. Τέλος, η ανάλυση υποομάδας ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVI με βοήθεια IVL παρουσίασε επιτυχή εμφύτευση βαλβίδας στο 100% (95% CI: 100%-100%, I²=0%) των περιπτώσεων, με μόνο το 4% (95% CI: 0%-12%, I²=68.96%) να παρουσιάζουν διαχωρισμό. **Συμπεράσματα:** Η IVL φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής τεχνική για την τροποποίηση σοβαρά αβεστοποιημένων βλαβών στις περιφερικές αρτηρίες και είναι μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος στη διενέργεια TAVI. Απαιτούνται μελλοντικές προοπτικές μελέτες για την επικύρωση των αποτελεσμάτων μας.

ΠΑ125 | Cardiac damage and TAVI

Α. Ρ. Παπαπαναγιώτου¹, Γ. Παπιγγιώτης¹, Θ. Μαραγκούλια¹, Δ. Χαρίτος¹, Α. Γακουμή¹, Δ. Οικονόμου¹, Λ. Παππάς¹, Δ. Σταλίκας¹, Κ. Τριανταφύλλου¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Σε ασθενείς με σοβαρή στένωση αορτής που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVR) παρατηρείται συχνά καρδιακή βλάβη βέραν της βαλβιδικής στένωσης. Η διαστρωμάτωση του κινδύνου με βάση την καρδιακή βλάβη δεν έχει μελετηθεί εκτενώς. Σκοπός είναι η εκτίμηση του προγνωστικού ρόλου της σταδιοποίησης της εξωβαλβιδικής καρδιακής βλάβης με βάση ένα νέο μοντέλο ταξινόμησης. **Υλικό και μέθοδος:** Μελετήσαμε διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVR στο Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» και είχαν διαθέσιμη παρακολούθηση ενός έτους. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν με βάση την έκταση της εξωβαλβιδικής καρδιακής βλάβης σε τρεις ομάδες. Για τη σταδιοποίηση χρησιμοποιήθηκε η απλοποιημένη μορφή του μοντέλου ταξινόμησης με

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

βάση τη σοβαρότητα της αρχικής καρδιακής βλάβης που προτάθηκε από Généreuxetal. και τεκμηριώθηκε σε πολυκεντρική μελέτη. Ως σταδίου 0 ορίστηκαν οι ασθενείς χωρίς καρδιακή βλάβη πέραν της βαλβιδικής νόσου, σταδίου 1 οι ασθενείς με κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (LVEF)<0%, όγκο αριστερού κόλπου (LAV)>34ml/m², E/e'[>], κολπική μαρμαρυγή ή τουλάχιστον μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας και σταδίου 2 ορίστηκαν οι ασθενείς με συστολική πίεση πνευμονικής (PASP)>60mmHg, TAPSE<0mm ή τουλάχιστον μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας. **Αποτελέσματα:** Συνολικά 91 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η διάμεση ηλικία ήταν 83 (75-87) και το 58,2% των ασθενών ήταν άνδρες. Στα στάδια 0, 1 και 2 ταξινομήθηκαν 14 (15,4%), 51 (56%), και 26 (28,6%) ασθενείς αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έκτασης καρδιακής βλάβης και ποσοστού θνητότητας στο ένα έτος (στάδιο 0: 0%, στάδιο 1: 17,6%, στάδιο 2: 38,5% με p= 0,001). Η έκταση της καρδιακής βλάβης αναδείχθηκε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας μετά από προσαρμογή για συγχυτικούς παράγοντες. **Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVR, η έκταση της εξωβαλβιδικής καρδιακής βλάβης όπως σταδιοποιήθηκε από το νέο απλοποιημένο μοντέλο διαστρωμάτωσης, συσχετίστηκε με αυξημένη θνητότητα στο ένα έτος.

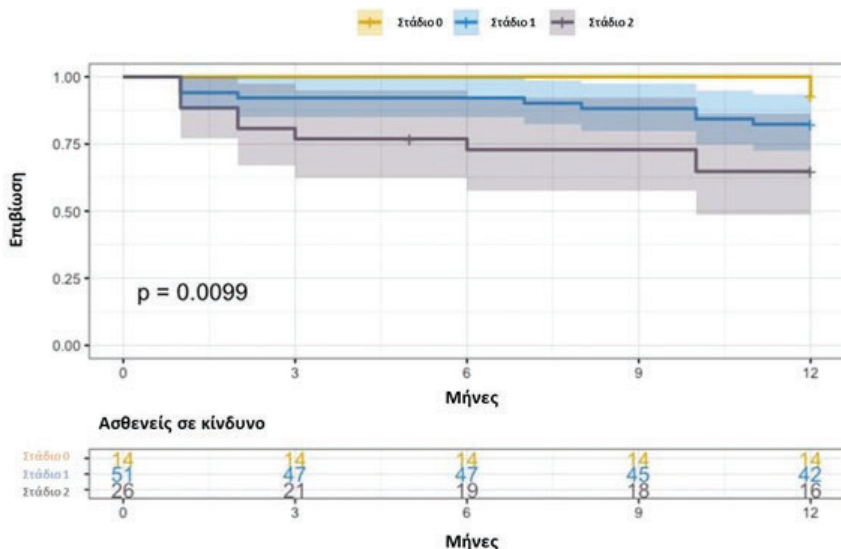
Χαρακτηριστικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVR – Σταδιοποιησανάλογα καρδιακής βλάβης

	Σύνολο ασθενών n=91	Στάδιο 0 n=14	Στάδιο 1 n=51	Στάδιο 2 n=26	p value
Ηλικία, διάμεση τιμή (IQR)	83 (75-87)	82 (71-86,3)	82 (76-86)	85 (75-89)	0,398
Άνδρες, n (%)	53 (58,2)	9 (64,3)	29 (56,9)	15 (57,7)	0,881
Σακχαρώδης διαβήτης, n(%)	43 (47,3)	6 (42,9)	25 (49)	12 (46,2)	0,912
Αρτηριακή υπέρταση, n(%)	65 (71,4)	10 (71,4)	39 (76,5)	16 (61,5)	0,390
Δυσλιπιδαιμία, n(%)	69 (75,8)	12 (85,7)	38 (74,5)	19 (73,1)	0,637
Κάπνισμα, n(%)	47 (51,6)	8 (57,1)	24 (47,1)	15 (57,7)	0,613
Στεφανιαία νόσος, n (%)	52 (57,1)	10 (71,4)	26 (51)	16 (61,5)	0,339
Χρόνια νεφρική νόσος, n(%)	58 (63,7)	6 (42,9)	33 (64,7)	19 (73,1)	0,162
Κολπική μαρμαρυγή, n (%)	38 (41,8)	1 (7,1)	24 (47,1)	13 (50)	0,016
ΧΑΠ, n (%)	28 (30,8)	2 (14,3)	16 (31,4)	10 (38,5)	0,284
Περιφερική αγγειοπάθεια, n (%)	32 (35,2)	5 (35,7)	20 (39,2)	7 (26,9)	0,565
LVEF %, διάμεση τιμή (IQR)	55 (45-55)	60 (55-60)	50 (40-55)	50 (35-55)	<0,001
EuroScoreII, διάμεση τιμή (IQR)	5,95 (3,98-10,3)	5,43 (4,50-8,25)	7,37 (4,08-12,6)	8,95 (5,36-16,5)	0,409
STS score, διάμεση τιμή (IQR)	4,55 (2,79-6,40)	3,66 (2,18-4,75)	4,45 (2,79-6,42)	5,19 (3,32-10,1)	0,068

TAVR: διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας, IQR: διατετρατημοριακό διάστημα, ΧΑΠ: χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, LVEF: κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



10.00-11.00 Καρδιακή ανεπάρκεια II

Πρόεδροι: **B. Μπιστόλα** (Αθήνα), **E. Καραπατσούδη** (Εδέσσα)

ΠΑ126 | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΟΥ CHATGPT ΣΕ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Φ. Δημητριάδης¹, Σ. Αλκαγιέτ¹, Λ. Τσιγκρική¹, Π. Κλειτσιώτη¹, Γ. Σιδηρόπουλος¹, Τ. Ασκαλίδη¹, Δ. Ευστρατίου¹, Μ. Καϊμακάμη¹, Γ. Σπαγος¹, Μ. Σιαρκος¹, Α.-Δ. Μαυρογιάννη¹, Γ. Κουλαουζίδης¹, Ι. Ζαριφής¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Ένας σημαντικός λόγος επιδείνωσης και επαναλαμβανόμενων νοσηλείων ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι η έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης. Η μείωση της θνητότητας συνδέεται με την σωστή ενημέρωση και τις συμπεριφορές αυτόφροντίδας. Το ChatGPT (Generative Pre-trained Transformer) είναι ένα μεγάλο μεγέθους μοντέλο γλωσσικής επεξεργασίας, με δυνατότητες επαγγελματικής υποστήριξης των ασθενών με φιλικό προς αυτούς τρόπο. Σκοπός μας ήταν να εξετάσουμε την ακρίβεια και την αναπαραγωγικότητα του ChatGPT στο να απαντάει σε ερωτήσεις σχετικά με τη γνώση και

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

τη διαχείριση της ΚΑ. **Υλικά και Μέθοδοι** Αρχικά καταγράψαμε 46 πιο συχνά τιθέμενες από ασθενείς ερωτήσεις σχετικά με τη ΚΑ, οι οποίες συλλέχθηκαν από καρδιολογικές εταιρείες και εταιρείες ασθενών. Οι απαντήσεις του ChatGPT στις ερωτήσεις αυτές εκτιμήθηκαν ανεξάρτητα από δύο ερευνητές στην ΚΑ. Οι απαντήσεις του ChatGPT αξιολογήθηκαν βάσει των πιο πρόσφατων εκδόσεων των οδηγιών για την ΚΑ. Αποτελέσματα Το ChatGPT κατάφερε να αποδώσει τον ορισμό της νόσου με πολύ απλό και επεξηγηματικό τρόπο. Αναφέρει μια σειρά από τις πιο σημαντικές αιτίες της ΚΑ και τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της. Παρέχει σωστές απαντήσεις σχετικά με τη διάγνωση της νόσου, τις σημαντικότερες διαγνωστικές εξετάσεις και τον λόγο που αυτές συνιστώνται. Επιπλέον, απαντά σε ερωτήσεις υγειονομικού και διαιτητικού περιεχομένου, όπως μέτρα σχετικά με την συνιστώμενη διατροφή, την ημερήσια κατανάλωση υγρών και αλκοόλ, τους συνιστώμενους τύπους άσκησης και τη διάρκεια αυτής. Δίνονται σημαντικές συμβουλές σχετικά με το κάπνισμα. Η κεφαλαιώδης βάση της θεραπείας της ΚΑ είναι τα φάρμακα. Το ChatGPT αναφέρει τις πιο σημαντικές κατηγορίες φαρμάκων στην ΚΑ και το μηχανισμό δράσης τους. Επίσης, απάντησε με επιχειρήματα σε ερωτήσεις που οι ασθενείς θα έθεταν σχετικά με τη σεξουαλική τους ζωή, εάν θα μπορούσαν να εργαστούν, να οδηγούν ή ταξιδιά με αεροπλάνο. **Συμπεράσματα** Η απόδοση του ChatGPT χαρακτηρίστηκε εντυπωσιακή από τους ερευνητές. Η τεχνητή νοημοσύνη μπόρεσε να απαντήσει επαρκώς σε όλες τις ερωτήσεις που της τέθηκαν.

ΠΑ127 | Η μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου σχετίζεται με την ινότροπο εφεδρεία ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης που υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης
Σ. Σουλαϊδόπουλος¹, Ι. Σταμουλόπουλος¹, Χ. Φραγκούλης¹, Ι. Λεοντίνης¹, Ε. Δρη¹, Θ. Καλός¹, Μ. Καριώρη¹, Π. Ξυδης¹, Κ. Κωνσταντίνου¹, Χ. Χρυσοχού¹, Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η προγνωστική αξία της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης (CPET) στην καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFREF) είναι ισχυρή και καλά εδραιωμένη. Ωστόσο, ο ενδεχόμενος ρόλος της CPET ως μέθοδος αξιολόγησης της ινότροπης εφεδρείας της αριστερής κοιλίας στη HFREF μένει να αποσαφηνιστεί. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών CPET και της ινότροπης εφεδρείας της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με HFREF. **Υλικό και Μέθοδος:** Ασθενείς ηλικίας ≥ 18 ετών με διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας και κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας $\leq 40\%$, εντάχθηκαν προοπτικά στη μελέτη. Καταγράφηκαν δημογραφικά και κλινικά δεδομένα. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε CPET είτε με εφαρμογή κλασσικού ή τροποποιημένου πρωτόκολλου Bruce. Υπολογίστηκαν οι τιμές μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου (VO₂), παραγωγής διοξειδίου του άνθρακα (VCO₂), αναπνευστικού ισοδυναμίου (VE/VCO₂), κατά λεπτό αερισμού (VE) και VO₂/καρδιακό ρυθμό (HR), ενώ καταγράφηκαν επιπλέον οι αιμοδυναμικές παράμετροι κατά τη διάρκεια της εξέτασης. **Απο-**

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

τελέσματα: Συνολικά, 191 ασθενείς με HF_rEF συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Η μέση ηλικία ήταν 58,8±11,8 έτη και 30 (15,7%) ασθενείς ήταν γυναίκες. Η στεφανιαία νόσος ήταν η αιτιολογία της HF_rEF σε 101 (52,9%) ασθενείς, ενώ 90 (47,1%) ασθενείς είχαν ιστορικό διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας. Ο μέσος χρόνος άσκησης ήταν 7,6±,3 λεπτά. Οι μέσες τιμές VO₂ και VE/VCO₂ υπολογίστηκαν σε 19,1±6,1 ml kg⁻¹ min⁻¹ και 43,7±10,1, αντίστοιχα. Σύμφωνα με τις μέγιστες τιμές VO₂, 70 ασθενείς (37,2%) ταξινομήθηκαν στην κατηγορία Weber A, 57 (29,8%) στην κατηγορία B, 48 (25,1%) στην κατηγορία C και 15 (7,9%) στην κατηγορία D. Στην μονοπαραγοντική ανάλυση, η διαφορά της συστολικής πίεσης μεταξύ άσκησης και ηρεμίας (ΔSBP), η οποία θεωρείται ότι αντανάκλα την ινότροπη εφεδρεία της αριστερής κοιλίας, συσχετίστηκε θετικά με την μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου - VO₂ (p<0,001), τον συνολικό πνευμονικό αερισμό (VE) (p<0,001) και την μέγιστη καρδιακή συχνότητα κατά την άσκηση (p=0,02). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η κορυφή VO₂ συσχετίστηκε ανεξάρτητα, γραμμικά με τη ΔSBP κατά τη διάρκεια της CPET (Εικόνα 1) (B=0,661, p=0,022). Στην ανάλυση Roc, βρέθηκε ότι μια τιμή cut-off για την VO₂ 16 ml kg⁻¹ min⁻¹ εμφανίζει 64% ευαισθησία και 60% ειδικότητα στην πρόβλεψη ΔSBP>40 mmHg κατά τη διάρκεια της άσκησης (περιοχή κάτω από την καμπύλη: 0,657, p <0,001 - Εικόνα 2). **Συμπέρασμα:** Η μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου κατά τη διάρκεια του καρδιοαναπνευστική δοκιμασίας κόπωσης αντιπροσωπεύει έναν αποδεκτό προγνωστικό παράγοντα της ινότροπης εφεδρείας σε ασθενείς με HF_rEF.

ΠΑ128 | Προγνωστική αξία της μυοκαρδιακής ίνωσης για την εμφάνιση δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μακράς διάρκειας μηχανική υποβοήθηση της κυκλοφορίας με συσκευές τύπου LVAD

Δ. Μηλιόπουλος¹, Μ. Μπόνιος¹, Ι. Αρμένης¹, Α. Θώδου², Ν. Κογεράκης³, Α. Γκουζιούτα¹, Δ. Ζαρκαλής³, Π. Γεωργιάδου⁴, Σ. Δημόπουλος⁵, Κ. Ιερομόναχος³, Α. Κολιοπούλου³, Π. Βλάχος³, Β. Βαρτελά⁶, Θ. Χαμογεωργάκης³, Σ. Δράκος², Σ. Αδαμόπουλος¹

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

² Division of Cardiovascular Medicine, University of Utah Health and School of Medicine, Salt Lake City, UT, USA

³ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ - ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

⁴ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

⁵ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ - ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

⁶ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ - ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

Εισαγωγή: Η ίνωση του μυοκαρδίου αποτελεί αρνητικό προγνωστικό δείκτη για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Σκοπός: Η μελέτη του βαθμού ίνωσης της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με προχωρημένου βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε εμφύτευση με μακράς διάρκειας μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας με συσκευές που υποστηρίζουν την αριστερή κοιλία (LVAD) και η προγνωστική της σημασία στην εμφάνιση δεξιάς καρδιακής

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ανεπάρκειας. **Υλικό και μέθοδος:** Μελετήθηκαν ασθενείς με προχωρημένου βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια με ένδειξη για μακράς διάρκειας μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας. Υποβλήθηκαν σε δεξιό καθετηριασμό και σε ηχωκαρδιογραφική μελέτη προ της εμφύτευσης της συσκευής. Κατά τη στιγμή της εμφύτευσης της συσκευής LVAD λήφθηκε ένα μικρό ιστοτεμαχίδιο από το ελεύθερο τοίχωμα της δεξιάς κοιλίας που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση του βαθμού ίνωσης με τη μέθοδο Masson's trichrome. **Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθησαν 13 ασθενείς οι οποίοι υποστηρίχτηκαν με συσκευή τύπου LVAD. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 52 (46-56) έτη. Τρεις εκ των ασθενών εμφάνισαν δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Δύο εξ' αυτών εμφάνισαν δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο εκ των ο ένας αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με χορήγηση ινοτρόπων και ο άλλος με προσωρινή και ακολούθως με μακράς διάρκειας μηχανική υποστήριξη της δεξιάς κοιλίας. Ο τρίτος ασθενής εμφάνισε δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια 1 έτος μετά την εμφύτευση η οποία αντιμετωπίστηκε με τη χορήγηση ενδοφλεβίως διουρητικών. Η διάμεση ίνωση της δεξιάς κοιλίας των ασθενών που εμφάνισαν σε σχέση με εκείνους που δεν εμφάνισαν δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια ήταν 49.6% (42.3-69.4%) vs 25.9% (17.4-29.2%) ($p=0.077$). Για ποσοστό ίνωσης δεξιάς κοιλίας μικρότερο του 30% η θετική και αρνητική προγνωστική αξία για την μη εμφάνιση δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας ήταν 60% και 100% αντίστοιχα (Ειδικότητα 80%, Ευαισθησία 100%). **Συμπέρασμα:** Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε εμφύτευση συσκευής τύπου LVAD, η εμφάνιση δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας αυξάνει τη νοσηρότητα των ασθενών. Η παρουσία μικρού βαθμού μυοκαρδιακής διάμεσης ίνωσης της δεξιάς κοιλίας ελαττώνει την πιθανότητα εμφάνισης δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας.

ΠΑ129 | **Ο ρόλος της συνεχούς υπερδιήθησης παρά την κλίνη σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με οξεία μη αντιρροπούμενη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και αντίσταση στα διουρητικά**

Ε. Μαντζουράνης¹, Ι. Δημητρογλου¹, Α. Μαυρουδης¹, Γ. Μιχοπούλου¹, Α. Βαλάτσου¹, Ι. Νταλακούρας¹, Μ. Μπόρα¹, Α. Σακαλίδης¹, Ι. Λεοντσίνης¹, Χ. Φραγκούλης¹, Χ. Χρυσόχου¹, Δ. Πετρας², Κ. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η οξεία μη αντιρροπούμενη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (ADCHF) που συνοδεύεται από αντίσταση στα διουρητικά έχει συσχετιστεί με αυξημένη ενδονοσοκομειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Η υπερδιήθηση (UF), είναι μια εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος σε ανθεκτικές περιπτώσεις. Ωστόσο, σε καταστάσεις που εξαρτώνται από το προφορτίο, μπορεί να έχει δυσμενείς αιμοδυναμικές συνέπειες. Αντίθετα, η συνεχής υπερδιήθηση παρά την κλίνη επιτρέπει την απουσμοφόρηση με ελεγχόμενο ρυθμό. Σκοπός της μελέτης μας είναι η παρουσίαση του ρόλου της συνεχούς υπερδιήθησης παρά την κλίνη σε βαρέως πάσχοντες με ADCHF. **Υλικό και μέθοδος:** Παρουσιάζονται δεδομένα από 27 διαδοχικούς ασθενείς νοσηλεύομενους με ADCHF που υποβλήθηκαν σε συνεχή

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

υπερδιήθηση [διάμεση ηλικίας 69 ετών (IQR 45-86), 21 άνδρες (78%)]. Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης (FU) ήταν 74 ημέρες (IQR 3-586 ημέρες). **Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία των ασθενών είχε ισχαιμική ADCHF (15 ασθενείς, 55,6%) ακολουθούμενη από βαλβιδοπάθεια (26%). Η μέση παραμονή στο νοσοκομείο ήταν 19 ± 12 ημέρες (εύρος 5 - 50) και η μέση διάρκεια θεραπείας με υπερδιήθηση ήταν 65 ± 32 ώρες (εύρος 22,5 - 147). Ο μέσος χρόνος από την έξοδο έως το πρώτο σημαντικό ανεπιθύμητο καρδιακό συμβάν, υπολογίστηκε σε 48 ± 41 ημέρες (εύρος 3 - 132). Δεκαεννέα ασθενείς (70,4%) ανέπτυξαν MACE, τέσσερις (14,8%) ασθενείς πέθαναν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και έξι (22,1%) ασθενείς νοσηλεύτηκαν εκ νέου. Η ηλικία συσχετίστηκε αντιστρόφως ανάλογα με το χρόνο μέχρι την ανάπτυξη MACE (b-coef (SE), $-.011$ (.003), $p = 0.001$). Το σωματικό βάρος κατά την έναρξη συσχετίστηκε θετικά με το χρόνο έως το MACE (b-coef (SE), $3,57$ (0,690), $p = 0,004$). Οι αλλαγές στις τιμές του NT-proBNP κατά τη διάρκεια της παρέμβασης συσχετίστηκαν θετικά με το χρόνο έως το MACE (b-coef (SE), $0,0001$ (0,002), $p = 0,001$), καθώς και με το χρόνο μέχρι τον θάνατο από καρδιαγγειακή νόσο (b-coef (SE), $0,015$ (0,005), $p = 0,05$). **Συμπεράσματα:** Η συνεχής υπερδιήθηση αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη θεραπευτική μέθοδο σε εξαρτώμενους από προφορτίο ασθενείς με ADCHF, επιτρέποντας την αφαίρεση σημαντικού όγκου υγρού με ελάχιστη αιμοδυναμική επίδραση. Το τελευταίο φαίνεται να σχετίζεται με καλύτερα καρδιαγγειακά αποτελέσματα. Με βάση τη μελέτη μας, μπορεί επίσης να αξιολογηθεί σαν τελευταία λύση για αποσυμφόρηση σε βαρέως πάσχοντες με τον συγκεκριμένο φαινότυπο.

ΠΑ130 | **Η ανελαστικότητα της αριστερής κοιλίας ως δείκτης καρδιακής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος**

Ι. Δημητρόγλου¹, Δ. Πατσουράκος¹, Μ. Κούκος¹, Η. Τόλης¹, Α. Βαλατσού¹, Δ. Τσαρτσάλης¹, Α. Καλομπάτσου¹, Φ. Γαλέλη¹, Μ. Μπιτσαρά¹, Μ. Ζήσης¹, Α. Σακαλίδης¹, Α. Αλεξοπούλου¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Αγγέλη¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

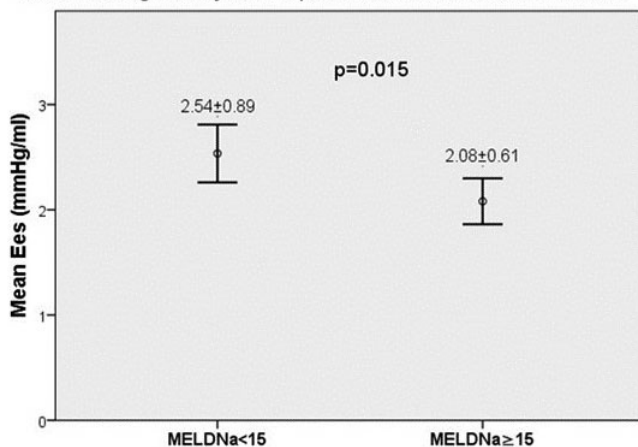
Εισαγωγή: Η ανελαστικότητα (elastance) της αριστερής κοιλίας (LV) αντικατοπτρίζει την αύξηση της συστολικής πίεσης στη μονάδα του όγκου. Όσο μεγαλύτερη η ανελαστικότητα τόσο αυξάνεται η πίεση για μια δεδομένη αύξηση του όγκου. Έτσι, η ανελαστικότητα μπορεί να επηρεάσει τόσο τη συστολική όσο και τη διαστολική λειτουργία αυτής και είναι ένας δείκτης της καρδιακής απόδοσης. Η κίρρωση του ήπατος χαρακτηρίζεται από μείωση της συστηματικής αγγειακής αντίστασης, προκαλώντας μείωση του μεταφόρτιου. Αυτό, σε συνδυασμό με την αύξηση του όγκου του αίματος, οδηγεί σε αύξηση της καρδιακής παροχής και αναδιαμόρφωση της LV, που δυνητικά επηρεάζει την ανελαστικότητα της LV στην τελοσυστολή (Ees), μία παράμετρο που δεν έχει μελετηθεί εκτενώς σε ασθενείς με κίρρωση. Σκοπός: Να εξεταστεί τη σχέση μεταξύ της Ees και της σοβαρότητας της κίρρωσης του ήπατος. **Μέθοδοι:** Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη στην οποία πραγματοποιήθηκε υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος σε 75 ασθενείς με κίρρωση του ήπατος (μέση ηλικία 58.9 ± 8.5 ετών, 74.7% άνδρες). Χρησιμοποιήθηκε βιβλιογραφικά επαληθευμένος μη επεμβατικός αλ-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

γόριθμος για τον υπολογισμό της Ees. Συγκεκριμένα, το Ees υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας τη συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση, τον όγκο παλμού που προκύπτει από το echo (SV), τον κλάσμα εξωθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) με τη μέθοδο Simpson, καθώς και την εκτιμώμενη κανονικοποιημένη ανελαστικότητα της LV κατά τη διάρκεια της αρτηριακής τελοδιαστολής (END). Επιπλέον, υπολογίστηκε το σκορ (MELDNa), ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου του ήπατος. Συγκρίθηκε το Ees μεταξύ ασθενών με MELDNa σκορ άνω και κάτω από 15, το οποίο είναι όριο που συχνά χρησιμοποιείται για να υποδείξει σοβαρή νόσο του ήπατος. **Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή του Ees στην ομάδα των 75 ασθενών ήταν 2.34 ± 0.81 mmHg/ml. Το Ees συσχετιζόταν με τον όγκο της LV στην τελοσυστολή ($\rho = -0.448$, $p < 0.001$), τον όγκο παλμού ($\rho = 0.568$, $p < 0.001$) και την συστολική αρτηριακή πίεση ($\rho = 0.283$, $p = 0.014$), αλλά όχι με το LVEF. Το μέσο MELDNa σκορ ήταν 15.5 ± 7.3 και 32 (42.7%) ασθενείς είχαν MELDNa σκορ ≥ 15 . Η μέση τιμή του Ees στους ασθενείς με MELDNa σκορ άνω των 15 ήταν σημαντικά χαμηλότερη από αυτήν των ασθενών με MELDNa σκορ κάτω από 15 (2.08 ± 0.61 mmHg/ml έναντι 2.54 ± 0.89 mmHg/ml, $p = 0.015$). Η συσχέτιση παρέμεινε σημαντική σε μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης μετά την προσαρμογή για ηλικία, φύλο και επιφάνεια σώματος ($B = -0.426$, $p = 0.015$). **Συμπέρασμα:** Η μελέτη δείχνει ότι οι ασθενείς με σοβαρή νόσο του ήπατος έχουν χαμηλότερο Ees, υποδεικνύοντας δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Το Ees θα μπορούσε να είναι χρήσιμος δείκτης για την αναγνώριση ασθενών με κίρρωση του ήπατος που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επιπλοκών. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για να κατανοήσουμε καλύτερα τους μηχανισμούς που κρύβονται πίσω από αυτήν την συσχέτιση και να προτείνουμε θεραπευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας σε αυτόν τον ειδικό πληθυσμό.

Mean Ees is significantly lower in patients with more severe liver disease



Error Bars: 95% CI

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ131 | **Η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης στην πρόγνωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας ασθενών με ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια. Δεδομένα τριετούς παρακολούθησης από τη μελέτη ACS-BP**
K. Κωνσταντίνου¹, A. Κουμέλλη¹, A. Αποστολός¹, X. Χρυσόχου¹, I. Λεοντσίνης¹, K. Παππέλης¹, A. Κασιακόγιας¹, K. Καλογεράς¹, K. Τσιούφης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η επίδραση της μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης (ΜΑΠ) στην καρδιακή λειτουργία έχει εξεταστεί στα πλαίσια της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) και των βλαβών σε όργανα στόχους, αλλά όχι σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) ισχαιμικής αιτιολογίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιοριστεί η σχέση της μακροπρόθεσμης ΜΑΠ (visit to visit) και μια σειρά μείζονων καταληκτικών σημείων που περιλαμβάνει την ολική και καρδιαγγειακή θνησιμότητα, το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ), την ανάγκη νοσηλείας λόγω επιδείνωσης λειτουργικού σταδίου ΚΑ και την εμφάνιση δυνητικά θανατηφόρων αρρυθμιών (VT/VF). **Υλικό και μέθοδοι:** Συνολικά μελετήθηκαν 389 ασθενείς με ΚΑ ισχαιμικής αιτιολογίας και επηρεασμένο Κλάσμα εξώθησης (ΚΕ<5%) [65,1% άντρες, μέση ηλικία: 63,4 έτη, 67% υπερτασικοί, 24,6%, με STEMI, μέσο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ): 37%] υποβλήθηκαν σε καταγραφή της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής (ΔΑΠ) αρτηριακής πίεσης 2 φορές το μήνα για χρονικό διάστημα 6 μηνών από την ένταξη τους και εξήχθη η ΜΑΠ με τη χρήση του δείκτη ARV (average real variability) της ΣΑΠ και ΔΑΠ. Κατά την μηνιαία εκτίμησή τους κατεγράφησαν τυχόν καταληκτικά σημεία ενώ όλοι οι ασθενείς επανεκτιμήθηκαν 6-12-24 και 36 μήνες μετά την ένταξη τους στη μελέτη. **Αποτελέσματα:** Από την μονοπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι τόσο η ARV της ΣΑΠ (OR=2,64, CI: 1,04-3,57, p<0,001) όσο και της ΔΑΠ (OR=2,11, CI:1,03-3,77, p=0,009) αποτελούσαν προγνωστικούς δείκτες για το σύνθετο καταληκτικό σημείο. Μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση, τόσο ο ARV της ΣΑΠ (OR=2,22 CI:1,19-3,83, p<0,001) όσο και της ΔΑΠ (OR=1,77, CI:1,12-3,55, p=0,04) διατηρούν την προγνωστική τους ισχύ ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την ΑΥ, το ΣΔ, το είδος του OEM και το ΚΕ. Σχετικά με την ανάγκη νοσηλείας αλλά και την εμφάνιση αρρυθμιών, η ARV της ΣΑΠ αποτελεί επίσης ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη στο ίδιο πολυπαραγοντικό μοντέλο (OR=1,74, CI:1,14 - 3,43, p<0,001) και (OR=1,83, CI:1,01-3,43, p=0,04) αντίστοιχα. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΚΑ ισχαιμικής αιτιολογίας η ΜΑΠ συσχετίστηκε με το σύνθετο καταληκτικό σημείο κατά τη διάρκεια τριετούς παρακολούθησης. Αυτά τα ευρήματα συνηγούν στην ανάγκη για εντοπισμό των ασθενών με αυξημένη ΜΑΠ που ενδεχομένως χρήζουν στενότερης παρακολούθησης αλλά και εντατικοποίησης της φαρμακευτικής αγωγής που συμβάλλει στη μείωση της ΜΑΠ.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ132 | **Πρώτη εμφύτευση συσκευών συνεχούς ροής αμφικολιακής υποστήριξης της κυκλοφορίας στην Ελλάδα**

Δ. Μηλιόπουλος¹, Ε. Λεοντιάδης¹, Ε. Γ. Τσέτικα², Κ. Περλεπέ², Β. Βαρτελά³, Α. Γκουζιούτα¹, Μ. Μπόνιος¹, Θ. Χαμογεωργάκης⁴, Σ. Αδαμόπουλος¹

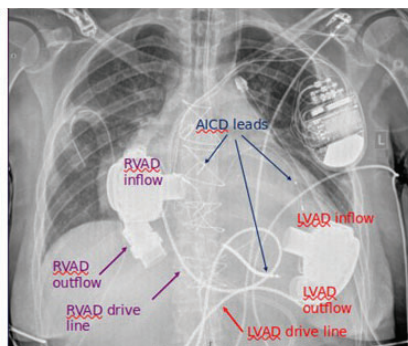
¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

³ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ - ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

⁴ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ - ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Εισαγωγή: Η προχωρημένου βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί σημαντική νοσολογική οντότητα με μόνη οριστική θεραπεία την μεταμόσχευση καρδιάς. Σε περιβάλλοντα με χαμηλή προσφορά οργάνων, όπως είναι η Ελλάδα, η μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας αποτελεί σημαντική θεραπευτική επιλογή. Μέχρι τώρα, στην χώρα μας έχουν χρησιμοποιηθεί συσκευές συνεχούς ροής μόνο για υποβοήθηση της αριστερής κοιλίας. Παρακάτω παρουσιάζουμε την χρήση συσκευών συνεχούς ροής για αμφικολιακή υποστήριξη. **Υλικό και μέθοδος:** Γυναίκα 42 ετών με ιστορικό φλεγμονώδους μυοκαρδιοπάθειας απότοκος μυοκαρδίτιδας το 2012 προσήλθε στο κέντρο μας για προμεταμοσχευτικό έλεγχο. Ελάμβανε ανοσοκαταστολή και βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας. Είχε προηγηθεί εμφύτευση CRT-D μερικούς μήνες μετά την πρωτοδιάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας. Σε ηχωκαρδιογραφική μελέτη παρατηρείται κλάσμα εξώθησης περί το 20% με ικανοποιητική λειτουργικότητα δεξιάς κοιλίας. Κατά την νοσηλεία της, εμφάνισε πολλαπλά επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας με αιμοδυναμική αστάθεια με επιτυχή ανάταξη είτε μέσω ATP είτε με απινίδωση. Ακολούθησε τοποθέτηση ενδοαρτηκής αντλίας με σχεδόν άμεση ύφεση των αρρυθμιών. Μετά την ολοκλήρωση του προμεταμοσχευτικού ελέγχου, υπεβλήθη σε εμφύτευση συσκευής υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας (HeartMate 3). Αμέσως μετά την εμφύτευση, ενώ βρισκόταν υπό αγωγή με δοβουταμίνη, νοραδρεναλίνη και βαζοπρεσίνη, εμφάνισε ανθεκτικά επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας για τα οποία απαιτήθηκαν περί τις 12 απινιδώσεις και αντιαρρυθμική αγωγή με αμιωδαρόνη, λιδοκαΐνη και εσμολόλη. Διοισοφά-



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

γιοις ηχωκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε οξεία δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια (Εικόνα 1) οπότε τοποθετήθηκε συσκευή προσωρινούς υποβοήθησης της δεξιάς κοιλίας (Centrimag). Λόγω μη βελτίωσης της λειτουργικότητας τις επόμενες ημέρες ακολούθησε εμφύτευση συσκευής μόνιμης υποβοήθησης (HeartMate 3) με την κάνουλα εισροής να τοποθετείται στον δεξιό κόλπο και την κάνουλα εκροής στην πνευμονική αρτηρία (Εικόνα 2). **Αποτελέσματα:** Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή κατά την λοιπή νοσηλεία της. Παρατηρήθηκαν αρκετά επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας μετεγχειρητικά χωρίς αιμοδυναμική επιβάρυνση δεδομένου της αμφικοιλιακής υποστήριξης της κυκλοφορίας. Μετά από μερικούς μήνες, η ασθενής μεταμοσχεύτηκε επιτυχώς με καλή μετεπεμβατική πορεία. **Συμπεράσματα:** Οι κοιλιακές αρρυθμίες αποτελούν κακό προγνωστικό σημείο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εμφύτευση συσκευής υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας. Απαιτείται ενδελεχής μελέτη των ασθενών και κατηγοριοποίησή τους ανάλογα με τον κίνδυνο εμφάνισης αρρυθμιών. Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου ενδεχομένως να χρειάζεται να υποβληθούν απευθείας σε αμφικοιλιακή υποβοήθηση της κυκλοφορίας. Εναλλακτική επιλογή είναι η κατάλυση εστιών κοιλιακής ταχυκαρδίας υπό συσκευή υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας ή προεγχειρητικά με ECMO.

ΠΑ133 | **Οξύ καρδιονεφρικό σύνδρομο: χαρακτηριστικά ασθενών και προγνωστική σημασία**

Γ. Αλετράς¹, Θ. Γεωργοπούλου¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Ε. Χόντα¹, Μ. Στρατινάκη¹, Ε. Λαμπρογιαννάκης¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ACRS		NO ACRS		p-value
	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	
ΗΛΙΚΙΑ (έτη)	80,08	8,950	78,2	9,458	ns
GFR ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (ml/min/1,73m ²)	41,57	17,925	62,67	19,835	<0,01
CR ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (mg/dl)	1,6038	0,65	1,06	0,36	<0,01
ΣΑΠ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (mmHg)	136,63	29,025	143,03	25,378	ns
NT-PROBNP ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (pg/ml)	11902,08	11005,526	7047,61	5928,972	0,01
ΝΑΤΡΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (mEq/L)	137,75	3,455	139,65	3,030	0,01
Ε/Ε*	17,637	6,4623	21,058	14,9147	ns
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	10,98	8,336	6,88	3,103	<0,01

Εισαγωγή-Σκοπός: Το οξύ καρδιονεφρικό σύνδρομο (ACRS) περικλείει ένα φάσμα διαταραχών, οι οποίες επάγουν την εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (AHF). Βιβλιογραφικά η εμφάνιση ACRS έχει σχετιστεί με δυσμενέστερη πρόγνωση, ενώ η αντιμετώπισή του αποτελεί συχνή θεραπευτική πρόκληση. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των συχνότερων συννοσηροτήτων και άλλων κλινικών παραμέτρων των ασθενών με ACRS και η αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας εμφάνισής του.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ACRS	NO ACRS	p-value
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	125	65	60	
ΆΡΡΕΝ ΦΥΛΟ	66	36 (54,5%)	30 (45,5%)	ns
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	67	50 (74,6%)	17 (25,4%)	<0,01
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	57	36 (63,2%)	21 (36,8%)	0,031 (<0,05)
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	112	56 (50%)	56 (50%)	ns
LVEF > 50%	68	34 (50%)	34 (50%)	ns
LVEF 40-49%	13	7 (53,8%)	6 (46,2%)	ns
LVEF < 40%	44	24 (54,5%)	20 (45,5%)	ns
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ	83	44 (53%)	39 (47%)	ns
ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	45	25 (55,5%)	20 (44,5%)	ns
ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	5	5 (100%)	0 (0%)	0,05

Μέθοδοι-Υλικά:

Καταγράψαμε δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία), βασικές συννοσηρότητες, το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF), τις τιμές NT-proBNP, νατρίου, τροπονίνης, ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) και συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) κατά την εισαγωγή, τις τιμές κρεατινίνης (Cr) και το πηλίκιο E/E' κατά τη

νοσηλεία καθώς και τις συνολικές μέρες νοσηλείας και τον αριθμό των θανάτων στους νοσηλευόμενους ασθενείς με AHF από τον 2ο έως τον 6ο του 2023. Ως ACRS ορίστηκε η αύξηση της Cr κατά $> 0,3\text{mg/dl}$ ή $> 1,5$ φορές από τη βασική τιμή και διαχωρισμός σε δύο ομάδες βάσει της εμφάνισης ACRS. Στατιστική ανάλυση με την χρήση IBM SPSS. **Αποτελέσματα:** 65/125 νοσηλευόμενους ασθενείς εμφάνισαν ACRS. Όσον αφορά τις συννοσηρότητες, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων παρουσιάστηκε στον αριθμό των ασθενών με ACRS και χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ), σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), χαμηλότερες τιμές GFR και νατρίου κατά την εισαγωγή καθώς και στην περίπτωση αυξημένων τιμών NT-proBNP εισόδου. Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η διαστολική και συστολική λειτουργία, η παρουσία υπέρτασης, κοιλιακής μαρμαρυγής, αυξημένης τροπονίνης και η ΣΑΠ εισαγωγής δεν είχαν σημαντική επίδραση στην εμφάνιση ACRS. Οι ασθενείς με ACRS χρειάστηκαν περισσότερες ημέρες νοσηλείας ενώ οι 5 ασθενείς που απεβίωσαν εμφάνισαν ACRS. **Συμπεράσματα:** Η εμφάνιση ACRS είναι συχνή μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών με AHF. Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ACRS αποτελούν η παρουσία ΧΝΝ, ΣΔ, χαμηλότερων τιμών νατρίου και GFR εισόδου καθώς και αυξημένων τιμών pro-BNP εισαγωγής, ενώ παράγοντες όπως το φύλο, η ΣΑΠ εισαγωγής, η συστολική και διαστολική λειτουργία δε φαίνεται να σχετίζονται με τη συχνότητα εμφάνισής του. Οι ασθενείς με ACRS χρειάζονται περισσότερες ημέρες νοσηλείας ενώ εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά θνητότητας, γεγονός που επιβεβαιώνει τη δυσμενέστερη πρόγνωση των ασθενών αυτών.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ134 | **Χρήση ενδοφλέβιας λευκωματίνης στην αποσυμφόρηση ασθενών με Οξεία Απορύθμιση Χρόνιας Καρδιακής Ανεπάρκειας - DIORASIS TRIAL Προκαταρκτικά αποτελέσματα**

**Β. Κουτρούλης¹, Μ. Β. Κουτρούλης¹, Μ. Μαλκότς¹, Χ. Ναλμπάντ¹,
Γ. Χαλικιάς¹, Δ. Στάκος¹, Α. Λαντζουράκη¹, Α. Θωμαΐδη¹, Δ. Τζιακάς¹**

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Η θεραπεία αποσυμφόρησης με υψηλές δόσεις διουρητικών της αγκύλης έχει αποδειχθεί ότι είναι η κύρια προσέγγιση σε ασθενείς με οξεία απορρύθμιση Χρόνιας Καρδιακής Ανεπάρκειας (ΧΚΑ) και συνδέεται με βελτίωση των συμπτωμάτων τους πάσχοντος. Ωστόσο η θεραπεία αυτή πολλές φορές οδηγεί σε επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ή και σε αντίσταση στα διουρητικά. Με την παρούσα μελέτη διερευνούμε την διουρητική δράση και την προστασία της νεφρικής λειτουργίας που προσφέρει η IV χορήγηση λευκωματίνης σε ασθενείς με οξεία μη αντιρροπούμενη ΧΚΑ και ηπατική δυσπραγία. Συγκεκριμένα συγκρίνουμε την χορήγηση υψηλών δόσεων IV-φουροσεμίδης σε συγχρόνηση με IV-αλβουμίνη έναντι της υψηλής δόσης IV-φουροσεμίδης σε μια σειρά από τελικά σημεία αποτελεσματικότητας και ασφαλείας. **ΥΛΙΚΑ/ΜΕΘΟΔΟΙ** Η συγκεκριμένη μελέτη σχεδιάστηκε ως διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη 1:1 όπου οι μισοί ασθενείς λαμβάνουν IV-φουροσεμίδα μαζί με IV-αλβουμίνη σε συνεχή έγχυση, ενώ οι άλλοι μισοί μόνο iv-φουροσεμίδα. Αξιολογήσαμε την ανταπόκριση των ασθενών στις εκάστοτε θεραπείες με χρονικά σημεία σταθμούς στις 24h, 48h και 72h της νοσηλείας. Ελέγχθηκαν τις συγκεκριμένες χρονικές στιγμές η αποτελεσματικότητα της θεραπείας μέσω ενός ερωτηματολογίου εκτίμηση της δύσπνοιας (πρωτεύον καταληκτικό σημείο). Ως δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ελέγχθηκαν η διάρκεια της νοσηλείας, η εξέλιξη της δύσπνοιας των ασθενών μέσω νέου ερωτηματολογίου, η πιθανότητα επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας και οι μεταβολές στο βάρος του ασθενούς καθώς και στην ημερήσια διούρηση. Παρουσιάζουμε τα πρώιμα αποτελέσματα σε 40 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν λόγω οξείας απορρύθμιση ΧΚΑ. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των συμπτωμάτων υπήρξε στους ασθενείς που έλαβαν τον συνδυασμό IV-φουροσεμίδα και -αλβουμίνη σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν μόνο IV φουροσεμίδα (7.3 vs. 6.1 στις 72 ώρες), βελτίωση της δύσπνοιας (7.8 vs. 6.5 στις 72 ώρες), ενώ παρατηρήθηκαν λιγότερα συμβάντα οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (1 vs. 4) και μείωση της διάρκειας νοσηλείας (4,6 ημέρες vs. 5.22 ημερών). Στο συγκεκριμένο γκρουπ συνδυαστικής αγωγής καταγράφηκε μείωση του σωματικού βάρους κατά -1 Kg περισσότερο στις 72 ώρες σε σχέση με το γκρουπ των ασθενών που έλαβαν μόνο διουρητικό, ενώ η ημερήσια διούρηση ήταν αυξημένη (κατά 400ml/ημέρα κατά μέσο όρο (3442 vs. 3041 ml)). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Στα πρώιμα αποτελέσματα, η ενδοφλέβια θεραπεία με συγχρόνηση φουροσεμίδης και αλβουμίνης αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματικός φαρμακευτικός συνδυασμός σε ασθενείς με οξεία απορρύθμιση ΧΚΑ.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ135 | ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΚΑΙ ΚΛΑΣΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ, ΜΕ ΓΝΩΜΟΝΑ ΤΗΝ ΕΡΓΟΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡΙΑ**Γ. Παπαγιάννης¹, Α. Κατινιώτη¹, Β. Αποστολάκη¹, Δ. Ηλιόπουλος¹, Α. Τρίκας¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι αναστολείς νεπρίλυσίνης-βαλαρτάνης (ARNI) καθώς και οι αναστολείς συν-μεταφορέων νατρίου-γλυκόζης 2 (αναστολείς SGLT2) είναι πλέον, με βάση τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες, πρωτεύουσες επιλογές στο θεραπευτικό αλγόριθμο της Καρδιακής Ανεπάρκειας (ΚΑ), όπως αυτό υποστηρίζεται από μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες (PARADIGM-HF, DAPA-HF). Στόχος: Είναι η απευθείας σύγκριση της κλασσικής θεραπείας (RAASi) σε άτομα με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF), με τα νεότερα φάρμακα της ΚΑ (ARNI, SGLT2), ως προς την αντοχή των ασθενών για άσκηση, όπως αυτή εκφράζεται μέσω εργοσπειρομετρικών παραμέτρων. **Υλικό-Μέθοδος:** Στην εργασία μας συμμετείχαν 30 ασθενείς με HFrEF ανεξαρτήτως αιτιολογίας, που ελάμβαναν την κλασσική θεραπεία (b-blocker/RAASi), τα οποία υποβλήθηκαν σε εργοσπειρομετρική μελέτη. Ανάλογα με τις εργοσπειρομετρικές τιμές και την ικανότητα για άσκηση διαιρέθηκαν σε δύο υποομάδες. Ομάδα Α (15 ασθενείς): Σταθεροποιημένα άτομα, με μετρίου βαθμού περιορισμό της ικανότητας άσκησης που συνέχισαν την κλασσική θεραπεία. Ομάδα Β (15 ασθενείς): Άτομα με σοβαρού βαθμού περιορισμό της ικανότητας άσκησης που μετέβησαν σε θεραπεία με ARNI/SGLT2. Μετά το πέρας 6 μηνών, οι δύο υποομάδες υποβλήθηκαν σε νέα εργοσπειρομετρική μελέτη. **Αποτελέσματα:** Στην ομάδα Α παρατηρήθηκε σταθεροποίηση των τιμών μετά το πέρας των 6 μηνών: VO₂ max (17,97-18,12), VO₂pred(55,1-56,8), AT (34-39), VE/VCO₂ (31,8-30,2). Στην ομάδα Β παρατηρήθηκε βελτίωση των τιμών, κυρίως στο VO₂max και το VO₂pred (σχετική αύξηση 9-10%): VO₂max (14,7-17,1), VO₂pred(48,5-57,61), AT (39,7-40,1) και VE/VCO₂ (34,9-3,35). **Συμπέρασμα:** Τα νεότερα φάρμακα βελτίωσαν τους εργοσπειρομετρικούς δείκτες των περισσότερο επιβαρυσμένων ασθενών με HFrEF, εξυπηρετώντας έτσι την ικανότητά τους για άσκηση, σε διάστημα 6 μηνών.

11.00-11.30 Διάλειμμα / Break**11.30-12.30 Καρδιακή απεικόνιση II**Πρόεδροι: **Κ. Παπαδόπουλος** (Θεσσαλονίκη), **Λ. Λάκκας** (Ιωάννινα)

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ136 | **Διαφοροποίηση του όγκου αριστερού κόλπου μεταξύ β-θαλασσαιμίας και δρεπανοκυτταρικής νόσου**

**Φ. Γιαλελή¹, Δ. Πατσουράκος¹, Σ. Ντελίκου¹, Α. Ξυδάκη¹,
Ι. Δημητρόγλου¹, Η. Τόλης¹, Μ. Κούκος¹, Α. Καλομπάτσου¹,
Δ. Τσαρτσάλης¹, Κ. Τσιούφης¹, Κ. Αγγέλη¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η βήτα θαλασσαιμία (β-TM) και η δρεπανοκυτταρική νόσος (SCD) είναι από τις πιο συχνά κληρονομούμενες αιμοσφαιρινοπάθειες. Παρ' ότι η καρδιαγγειακή πρόγνωση έχει βελτιωθεί στον συγκεκριμένο πληθυσμό λόγω της ακριβούς διαγνωστικής και προηγμένης θεραπευτικής προσέγγισης, η καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα παραμένει αξιοσημείωτη. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος, ενώ η υπερηχοκαρδιογραφία Speckle Tracking (STE) μπορεί να χρησιμοποιηθεί πέρα από τη συμβατική υπερηχοκαρδιογραφία για την έγκαιρη ανίχνευση καρδιακών παθήσεων. **Υλικό και μέθοδος:** Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 45 β-TM ασθενείς, 21 με SCD και 20 υγιείς μάρτυρες. Όλοι οι ασθενείς και οι υγιείς μάρτυρες υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα αξιολογώντας το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) και την τελοδοιαστολική διάμετρο (LVEDD), τον όγκο αριστερού κόλπου (LAVI), την πνευμονική αρτηριακή συστολική πίεση (PASP), καθώς επίσης υπολογίστηκαν το strain αριστερής και δεξιάς κοιλίας (LV-GLS και RV-GLS) και το strain του αριστερού κόλπου (LASr). **Αποτελέσματα:** Υπήρξε αντιστοιχισή φύλου και ηλικίας μεταξύ των τριών ομάδων. Οι ασθενείς με β-TM είχαν χαμηλότερη συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης σε σύγ-

	β - Θαλασσαιμία (n = 45)	Δρεπανοκυτταρική νόσος (n = 21)	Υγιείς μάρτυρες (n = 20)
Ηλικία (έτη)	38.8 ± 8.9	35.7 ± 10.5	35.9 ± 4.6
Αιμοσφαιρίνη (g/dL)	8.8 ± 0.8 [¶]	9.5 ± 1.0 [†]	13.0 ± 1.0
LVEF (%)	59.1 ± 2.5 [†]	58.1 ± 3.4 [†]	61.5 ± 2.4
LVEDD (mm)	48.8 ± 4.2	47.3 ± 3.7	46.8 ± 1.7
LAVI (ml/m ²)	30.6 ± 8.8 [¶]	45.4 ± 16.0 [†]	27.3 ± 4.9
PASP (mm Hg)	28.6 ± 4.3 [†]	30.8 ± 4.0 [†]	22.0 ± 2.5
LV-GLS (%)	-20.7 ± 2.4 [†]	-19.8 ± 3.0 [†]	-22.4 ± 2.6
LASr (%)	41.2 ± 12.6 [†]	41.6 ± 15.3 [†]	51.5 ± 10.6
RV-GLS (%)	-26.6 ± 4.7 [†]	-27.1 ± 4.9 [†]	-32.9 ± 2.7

Πίνακας 1. Υπερηχογραφικοί δείκτες μεταξύ ομάδων ασθενών και υγιών μαρτύρων.

[†] Στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες (p < 0.05)

[¶] Στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τους δρεπανοκυτταρικούς ασθενείς (p < 0.05)

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

κριση με τους ασθενείς με SCD και τους μάρτυρες. Ο LAVI ήταν ο μόνος δείκτης που διέφερε μεταξύ των ασθενών, με υψηλότερη τιμή στον SCD σε σχέση με τον β-TM πληθυσμό. Η μυοκαρδιακή παραμόρφωση ήταν μειωμένη μεταξύ των ομάδων ασθενών σε σύγκριση με τους μάρτυρες, ενώ δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των ομάδων ασθενών (Πίνακας 1). **Συμπεράσματα:** Μεταξύ των υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων, ο LAVI ήταν ο μόνος που διαφοροποιήθηκε μεταξύ των ασθενών με β-TM και SCD, γεγονός που αντικατοπτρίζει μια ξεχωριστή παθοφυσιολογία μεταξύ αυτών των αιμοσφαιρινοπαθειών.

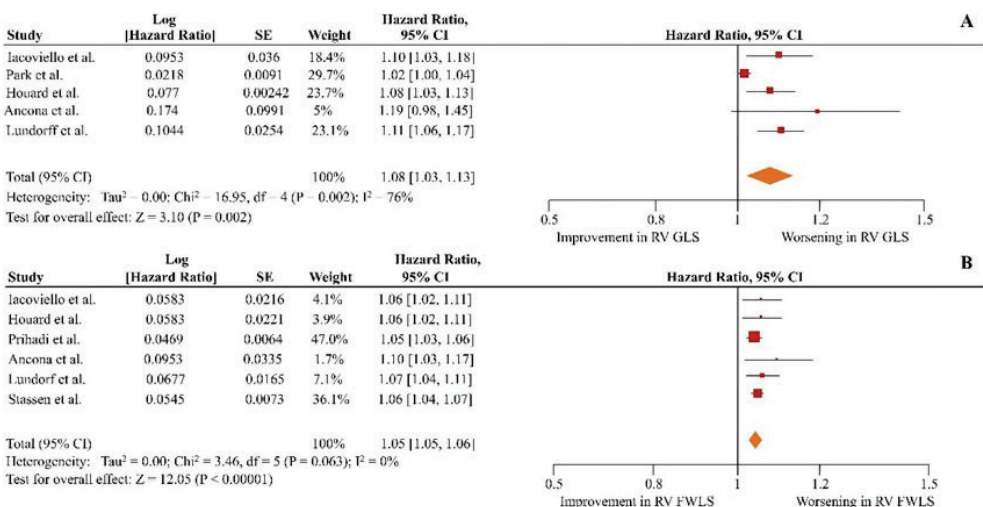
ΠΑ137 | The prognostic value of right ventricular longitudinal strain in heart failure: A systematic review and meta-analysis

V. Anastasiou¹, A. S. Papazoglou¹, D. V. Moysidis¹, S. Daios¹, N. Stalikas¹, D. Tsalikakis¹, G. Giannakoulas¹, T. Karamitsos¹, V. Delgado², A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹

¹ First Department of Cardiology, AHEPA Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

² Department of Cardiology, Hospital University Germans Trias i Pujol, Barcelona, Spain

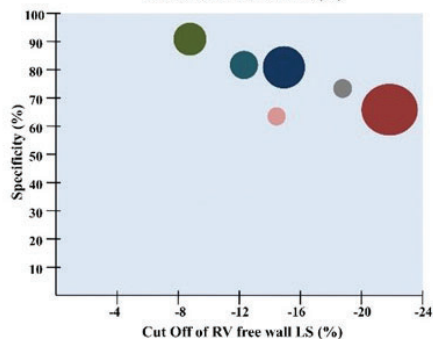
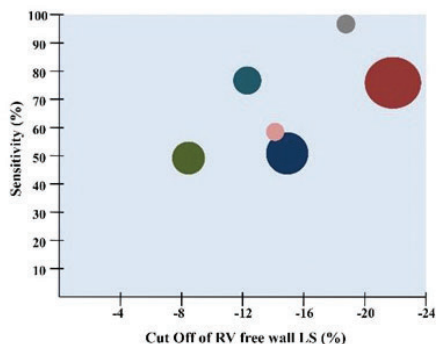
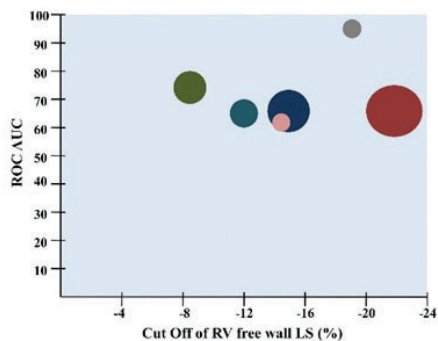
Background: Right ventricular (RV) dysfunction is a well-recognized adverse prognostic feature in patients with heart failure (HF). Recently, many single-center studies have demonstrated that RV longitudinal strain assessed using speckle tracking echocardiography might be a powerful prognosticator in HF. **Objectives:** To systematically appraise and quantitatively



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

synthesize the evidence of the prognostic value of echocardiographic RV longitudinal strain, across the entire spectrum of left ventricular ejection function (LVEF) in HF. **Methods:** A systematic literature review was conducted in electronic databases to identify every study reporting the predictive role of RV global longitudinal strain (RV GLS) and RV free wall longitudinal strain (RV FWLS) in HF subjects. A random-effects meta-analysis was conducted to quantify the adjusted and unadjusted hazard ratios [(a)HRs] for all-cause-mortality and for the composite outcome of all-cause mortality or HF-related hospitalization for both indices. **Results:** Twenty-four studies were deemed eligible and 15 of them provided appropriate quantitative data for the meta-analysis, encompassing 8,738 patients. Each 1% worsening in RV GLS and RV FWLS was independently associated with increased risk of all-cause mortality (pooled aHR=1.08 [1.03-1.13]; $p<0.01$; $I^2=76\%$ and 1.05 [1.05-1.06]; $p<0.01$; $I^2=0\%$, respectively) and the composite outcome (pooled aHR= 1.10 [1.06-1.15]; $p<0.01$; $I^2=0\%$ and 1.06 [1.02-1.10]; $p<0.01$; $I^2=69\%$, respectively) for patients with HF. The subgroup analysis of HF patients with LVEF<5% yielded similar results, with worsening in RV GLS and RV FWLS retaining strong association with the two outcomes. **Conclusion:** Echocardiographic RV GLS and RV FWLS appear to have powerful prognostic value across the range of HF.



Author	N	Cut off (%)	ROC AUC	Sensit.	Specif.
Gavazzoni et al.	458	-22	0.67	77	65
Carluccio et al.	200	-15.3	0.68	50	80
Ishiwata et al.	109	-8.6	0.73	49	91
Cameli et al.	98	-12.1	0.87	85.1	87.8
Sciatti et al.	60	-19	0.95	100	72.7
Vijiiaac et al.	50	-14.8	0.63	58.6	61.9

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ138 | **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ PFO ΜΕ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΟΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΔΙΑΦΥΓΗΣ**

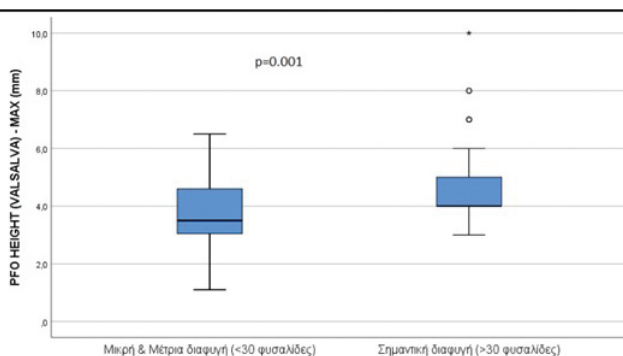
Α. Ε. Καλεση¹, Μ. Καρακώστα¹, Α. Βασιλειάδου¹, Χ. Καψοκόλη¹, Ν. Αρνας¹, Δ. Ζαμπέλης¹, Δ. Μαρίτσα¹, Δ. Μπουκης¹, Δ. Ντιλουδή¹, Β. Γιαννακοπούλου¹, Κ. Γιάγκου¹, Α. Δεστούνης¹, Π. Ζάχος², Α. Θεοδοσης-Γεωργιλιας¹, Ν. Κασινος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ Ο ρόλος του ανοικτού ωοειδούς τρήματος (PFO) στην παθογένεση των κρυπτογενών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων αποτελεί αντικείμενο συζήτησης τα τελευταία χρόνια. Σκοπός της παρούσας καταγραφής ήταν η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης ανάμεσα στα ανατομικά χαρακτηριστικά του PFO και στο μέγεθος της δεξιοαριστεράς διαφυγής. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Η μελέτη διενεργήθηκε αναδρομικά στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιογραφίας (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. Μπελντέκος», περιλαμβάνοντας όλους τους ασθενείς έως 65 ετών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), οι οποίοι υπεβλήθησαν σε διοισοφάγιο υπερηχογράφημα για τη διερεύνηση κρυπτογενούς επεισοδίου από τον Ιανουάριο του 2018 έως και τον Ιούνιο του 2023 και στους οποίους ανεδείχθη PFO μετά από χορήγηση αναδευμένου φυσιολογικού ορού. Μετρήθηκαν το μέγιστο μήκος του PFO (η επικάλυψη μεταξύ του πρωτογενούς και του δευτερογενούς διαφράγματος), η μέγιστη συνολική μετατόπιση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος προς το δεξιό και τον αριστερό κόλπο, το ύψος του PFO (η μέγιστη απόσταση μεταξύ πρωτογενούς και δευτερογενούς διαφράγματος) και το μέγεθος της δεξιο-αριστεράς διαφυγής (μικρή και μέτρια <0 φυσαλίδες και σημαντική> φυσαλίδες). Ο συγκριτικός έλεγχος των μέσων τιμών έγινε με Mann-Whitney Test και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $p < 0,05$. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από τους 250 ασθενείς με ΑΕΕ που υπεβλήθησαν σε διοισοφάγιο υπερηχογράφημα για τη διε-

ρεύνηση του επεισοδίου ανεδείχθη PFO στους 76 (30,4%) - 58 άνδρες). Η διάμεση ηλικία των ασθενών με PFO ήταν τα 52 έτη (εύρος 20 -65 ετών, 58 άνδρες %). Από τους 76 ασθενείς οι 32 (42,1%) είχαν μικρή ή μέτρια δεξιο-αριστερά διαφυγή και οι 44 (57,9%) είχαν σημαντική διαφυγή. Το ύψος του PFO ήταν μεγαλύτερο στους ασθενείς με σημαντική διαφυγή σε σχέση με αυτούς με μικρή/μέτρια (3.8mm ± 1.2mm έναντι 4.8mm ±

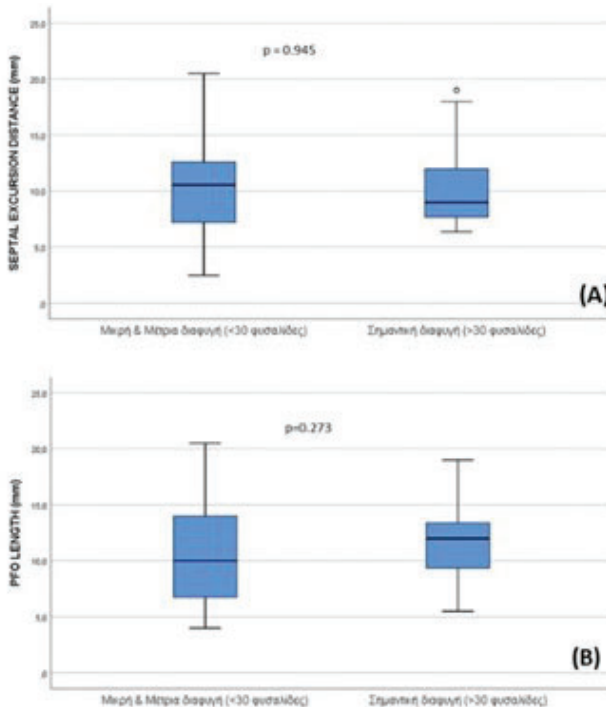


Διάγραμμα 1: Ύψος PFO σε ασθενείς με σημαντική και μη σημαντική διαφυγή

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

1.5mm, $p=0.001$) (διάγραμμα 1). Σχετικά με το μήκος του PFO και τη μέγιστη μετατόπιση, αν και ήταν μεγαλύτερα στους ασθενείς με σημαντική διαφυγή, δεν ανεδείχθη στατιστικά σημαντική διαφορά ($10.8\text{mm} \pm 4.7\text{mm}$ έναντι $11.8\text{mm} \pm 4.1\text{mm}$, $p=0,273$ και $10.3\text{mm} \pm 4.2\text{mm}$ έναντι $10.5\text{mm} \pm 3.6\text{mm}$, $p=0.945$ αντίστοιχα) (διάγραμμα 2). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Φαίνεται ότι το ύψος του PFO μπορεί να προβλέψει το μέγεθος της δεξιοαριστερής διαφυγής. Μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες απαιτούνται για να διερευνηθεί η συσχέτιση του με το μέγεθος των εμφράκτων.



Διάγραμμα 2:

(Α) Μέγιστη μετατόπιση μεσοκοιλιακού σε μη σημαντική και σε σημαντική διαφυγή

(Β) Μήκος PFO σε μη σημαντική και σε σημαντική διαφυγή

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ139 | Μεταβολές στη λειτουργικότητα του αριστερού κόλπου μετά από διακαθετηριακή σύγκλιση βατού ωοειδούς τρήματος
**Χ. Σιμοπούλου¹, Γ. Τρανταλής², Α. Αποστολός¹, Μ. Δρακοπούλου¹,
Γ. Οικονόμου¹, Λ. Νικολοπούλου², Χ. Δανελάτος², Δ. Παρασκευοπούλου²,
Β. Μαντζιάρης², Ν. Μηλαράς², Ε. Τριανταφύλλου², Δ. Τυροβολά²,
Ε. Τσικούρης², Κ. Αγγέλη¹, Κ. Τσιούφης¹, Σ. Σιδερής², Κ. Τούτουζας¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η εκτίμηση της λειτουργικότητας του αριστερού κόλπου αναγνωρίζεται ως ένας πολύτιμος προγνωστικός δείκτης για διάφορες καρδιακές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της αρτηριακής υπέρτασης, της καρδιακής ανεπάρκειας και της κολπικής μαρμαρυγής. Ωστόσο, ο αντίκτυπος του σύγκλισης του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος (PFO) στη λειτουργικότητα του αριστερού κόλπου δεν έχει ακόμη αποσαφηνιστεί πλήρως. Η μελέτη μας στοχεύει να αξιολογήσει αυτόν τον αντίκτυπο συγκρίνοντας προ και μετά τις μετρήσεις του δείκτη όγκου του αριστερού κόλπου (LAVi), καθώς και το contractile strain, το reservoir strain και το conduit strain του αριστερού κόλπου. **Μέθοδοι:** Η μελέτη μας ενέταξε διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διακαθετηριακή σύγκλιση PFO. Πραγματοποιήθηκε πλήρης διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση σε όλους τους ασθενείς τόσο πριν όσο και 18-24 ώρες μετά την επέμβαση. Ένας έμπειρος χειριστής πραγματοποίησε όλες τις μελέτες και κατέγραψε μετρήσεις του μεγέθους και της λειτουργικότητας του αριστερού κόλπου για μετέπειτα ανάλυση. Η κανονική κατανομή των δεδομένων αξιολογήθηκε με τη δοκιμή Shapiro-Wilks και για δεδομένα με κανονική κατανομή, διεξήχθη paired t-test για να αξιολογηθεί η διαφορά μεταξύ των μετρήσεων που ελήφθησαν πριν και μετά την επέμβαση. **Αποτελέσματα:** Εντάχθηκαν συνολικά 21 ασθενείς, με μέση ηλικία τα 42,6 έτη και επικράτηση του γυναικείου φύλου με ποσοστό 61,9%. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε σύγκλιση PFO λόγω προηγούμενου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή TIA. Το μέσο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας ήταν 60% και παρέμεινε ανεπηρέαστο από τη διαδικασία. Πριν από τη διαδικασία, το μέσο LAVi ήταν 22,8±4,5 mL/m², το οποίο μειώθηκε σημαντικά κατά 3±3,7 mL/m² σε 19,7±4,1 mL/m² (p=0,016) μετά την επέμβαση. Το reservoir strain μειώθηκε σημαντικά κατά 21% (μέση διαφορά: 7,9±8,8, προ: 37,7, μετά: 29,8, p=0,01) και το conduit strain κατά 17,5% (μέση διαφορά: 3,5±5,5, προ: 20, μετά: 16,5, p=0,036). Το contractile strain παρουσίασε αριθμητική μείωση (μέση διαφορά: 7±12,3, προ:17,8, μετά: 10,8, p=0,053). **Συμπέρασμα:** Η μελέτη μας είναι η πρώτη που διερεύνησε την επίδραση της σύγκλισης του PFO στη μηχανική του αριστερού κόλπου, βρίσκοντας σημαντικές αλλοιώσεις, οι οποίες θα μπορούσαν ενδεχομένως να χρησιμεύσουν ως προγνωστικοί παράγοντες για νεοεμφανισθείσα κολπική μαρμαρυγή. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερα μεγέθη δειγμάτων για να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματά μας.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ140 | **Υπερηχοκαρδιογραφικά δεδομένα σε διασωληνωμένους ασθενείς με Covid-19 ARDS κατά την εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**
Γ. Ζακυνθινός¹, Β. Τσολάκη², Ν. Καραβιδας², Β. Βαζιγιουράκης²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΛΑΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Φαίνεται ότι η Καρδιά προσβάλλεται αρκετά συχνά σε ασθενείς με νόσο Coronavirus-2019 (Covid-19), με τη δεξιά κοιλία (ΔΚ) να είναι ο πιο συχνός στόχος. Είναι επίσης γνωστό ότι ο μηχανικός αερισμός (ΜΑ) μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργία της ΔΚ και το μεταφόρτιό της. **Ερευνητικό ερώτημα:** Ποια είναι η καρδιακή λειτουργία στο σοβαρό σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του ενηλίκου (ARDS) Covid-19 κατά την εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) **Σχεδιασμός και Μέθοδος της Μελέτης:** Προοπτική μελέτη της καρδιακής λειτουργίας σε διαδοχικούς ασθενείς με Covid-19 ARDS υπό ΜΑ εντός των πρώτων 48 ωρών από την εισαγωγή στη ΜΕΘ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, χρησιμοποιώντας 2D/3D ηχοκαρδιογραφία. Ορίσαμε ως δυσλειτουργία ΔΚ αν υπήρχαν δυο εκ των: μεταβολή της κλασματικής επιφάνειας της ΔΚ (FAC) <5%, συστολική μετακίνηση του τριγωνοειδούς δακτυλίου (TAPSE) < 1,6 cm, 3D κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) της ΔΚ <4%, επίμηκες strain > -20%. Ως συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας ορίσαμε <0% ή επίμηκες strain > -18%. Το μεταφόρτιο της δεξιάς κοιλίας εκτιμήθηκε από τη συστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας (ΣΠΑΠ), της ΣΠΑΠ/το ολοκλήρωμα ταχύτητας-χρόνου στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας (VTILVOT) (ΣΠΑΠ/VTILVOT), και τον χρόνο επιτάχυνσης της πνευμονικής ροής (PACT). Το TAPSE/ΣΠΑΠ χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της δεξιάς κοιλιακής αρτηριακής σύζευξης (venticulo-arterial coupling). **Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 120 διασωληνωμένοι ασθενείς με Covid-19 ARDS με μέση ηλικία 66,2±0,7. Η δυσλειτουργία της ΔΚ ήταν συχνή (68%): Διαστολική επιφάνεια ΔΚ/ Διαστολική επιφάνεια ΑΚ 0,87 ± 0,02, ΔΚ ΚΕ 38,4±0,01%; ΔΚ FAC 35 ± 0,7%, TAPSE 19,9 ± ,03 mm, επίμηκες strain ΔΚ -14,02 ± 0,46%. Αν και το ΚΕ ΑΚ ήταν σχεδόν φυσιολογικό (58,21±1,07%, με 10% των ασθενών με ΚΕ<0%), το επίμηκες strain ήταν σοβαρά επηρεασμένο (-13,02 ± 0,46%). Το μεταφορτίο της ΔΚ βρέθηκε αυξημένο στους περισσότερους ασθενείς (ΣΠΑΠ 35,3 ± 2,04 mmHg, PACT 64,6 ± 1,6 msec, ΣΠΑΠ/VTILVOT 1,95 ± 0,09 mmHg/cm), ενώ το venticulo-arterial coupling ήταν σημαντικά επηρεασμένο 0,74 ± 0,06 mm/mmHg. Ήπια περικαρδιακή συλλογή βρέθηκε σε 41 (34%) ασθενείς. **Συμπερασματικά:** Η μυοκαρδιακή λειτουργία-και κυρίως η ΔΚ-είναι σημαντικά επηρεασμένη σε ασθενείς Covid-19 ARDS υπό μηχανικό αερισμό. Τόσο η ίδια η ασθένεια, όσο και ο μηχανικός αερισμός (με άμεση επίδραση στο μεταφόρτιο της ΔΚ), είναι δυνατόν να ευθύνονται για την επίδραση αυτή.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ141 | Προδιορισμός ασθενών με υψηλό κίνδυνο Θρόμβου στο ωτίο του Αριστερού κόλπου πριν την Καρδιοανάταξη**Ε. Σδόγκος¹, Α. Σπαχίου¹, Δ. Παρασκευόπουλος¹, Α. Γεωργακόπουλος¹, Ε. Μαρκίδης¹, Π. Θεοδοσίου¹, Θ. Κωνσταντίνου¹, Ι. Βογιατζής¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η Διοισοφαγική ηχωκαρδιογραφία πριν την ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) συνιστάται σε ασθενείς υποψήφιους για άμεση καρδιοανάταξη ή που λαμβάνουν αντιπηκτικά σε μη προβλεπόμενες δόσεις, λόγω του σημαντικού κινδύνου σχηματισμού θρόμβου στο ωτίο του αριστερού κόλπου. Ωστόσο, οι παράγοντες που προδιαθέτουν στην ύπαρξη θρόμβου στο ωτίο παραμένουν άγνωστοι. Σκοπός της εργασίας είναι ο προσδιορισμός κλινικών και υπερηχογραφικών προγνωστικών παραγόντων για την ύπαρξη θρόμβου στο ωτίο ή αυτόματης ηχοαντίθεσης (smoke) στον αριστερό κόλπο σε ασθενείς με ΚΜ ή πτερυγισμό και στους οποίους η αντιπηκτική αγωγή δεν ήταν ικανοποιητική. **Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 168 ασθενείς (105 άνδρες - 63 γυναίκες, μέσης ηλικίας 69,6+18,8 χρόνων) οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διοισοφαγικό υπερηχογράφημα για ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής. Από αυτούς σε 52 ασθενείς (39 άνδρες - 13 γυναίκες, μέσης ηλικίας 65,3+12,8 χρόνων, 30,9%) διαπιστώθηκε θρόμβος στο ωτίο του αριστερού κόλπου ή αυτόματη ηχοαντίθεση (smoke). Αναλύθηκαν τα κλινικά και υπερηχογραφικά δεδομένα των ασθενών αυτών και προσδιορίστηκαν οι παράγοντες που προδιαθέτουν. **Αποτελέσματα:** Στην μονοπαραγοντική ανάλυση δείκτες παρουσίας θρόμβου ήταν: η διάρκεια της ΚΜ (OR=1,25-ΔΕ=1,05-1,98 - p=0,03), η χρόνια ΚΜ (OR=1,2-ΔΕ=1,03-1,98 - p=0,01), ο σακχαρώδης διαβήτης (OR=1,15-ΔΕ=1,01-1,38 - p=0,03), το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (OR=1,45-ΔΕ=1,15-1,98 - p=0,001), η κρεατινίνη (OR=1,05-ΔΕ=1,01-1,78 - p=0,03), το Κλάσμα Εξώθησης (OR=0,95-ΔΕ=0,85-0,98 - p=0,03), το μέγεθος του αριστερού κόλπου (OR=1,15-ΔΕ=1,05-1,98 - p=0,04), και το CHA2DS2VASc score (OR=1,05-ΔΕ=1,02-1,98 - p=0,02). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες ήταν: το ΑΕΕ (OR=1,45-ΔΕ=1,02-1,98 - p=0,03), η χρόνια ΚΜ (OR=1,25-ΔΕ=1,12-1,98 - p=0,001), κρεατινίνη>6 mg/dl (OR=1,05-ΔΕ=1,02-1,98 - p=0,02), το ΚΕΑΚ<9% (OR=1,55-ΔΕ=1,02-1,98 - p=0,02) και το μέγεθος αριστερού κόλπου >46mm (OR=1,18-ΔΕ=1,02-1,98 - p=0,02). **Συμπέρασμα:** Η συχνότητα εμφάνισης θρόμβου στο ωτίο ή αυτόματη ηχοαντίθεση (smoke) στον αριστερό κόλπο σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) ή πτερυγισμό που αποκλείει την καρδιοανάταξη είναι 30,9%. Κλινικές και μη επεμβατικές ηχωκαρδιογραφικές παράμετροι στο μπορούν να εντοπίσουν ασθενείς σε αυξημένο κίνδυνο ύπαρξης θρόμβου. Με τον τρόπο αυτό γίνεται καλύτερη διαχείριση, με κατάλληλη περίοδο αντιπηκτικής αγωγής πριν από την εφαρμογή της καρδιοανάταξης.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ142 | **Η Δυνατότητα μέτρησης της αιματικής εφεδρείας του μυοκαρδίου αναίμακτα με τη νέα ψηφιακή solid -state cardio Cadmium Zinc Telluride (CZT)-γ-camera!**

Μ. Κουτελού¹, Κ. Περλεπέ¹, Ι. Παναγιωτόπουλος¹, Β. Βούδρης²,

Α. Θεοδωράκος¹, Ι. Ιακώβου², Ι.Μαλακός², Ε. Λεοντιάδης²,

Π. Σωτηρίου¹, Σ. Κιτζίρη¹, Α. Παπαχρήστου¹, Α. Βαρώνος¹

¹ ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

² ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή Η εφεδρεία αιματικής ροής -Myocardial Blood Flow Reserve (MBFR) έχει προταθεί ως ένας σημαντικός λειτουργικός δείκτης της σοβαρότητας της Στεφανιαίας Νόσου μετά τις πρωτοποριακές μελέτες του Gould και των συνεργατών του στην δεκαετία του 70H MBF σε ηρεμία παραμένει φυσιολογική μέχρι στενώσεις της διαμέτρου των αγγείων 80-85%, ενώ σε υπεραιμία αρχίζει να μειώνεται προοδευτικά όταν οι στενώσεις είναι >40%. Τα τελευταία έτη με την εμφάνιση των πλήρως ψηφιακών συστημάτων γ-camera δόθηκε η δυνατότητα πραγματοποίησης μετρήσεων που μέχρι πρότινος θεωρούνταν αδύνατο. Ένας από αυτούς είναι η μέτρηση του MBFR (Myocardial Blood Flow Reserve) μέσω της πραγματοποίησης δυναμικής εξέτασης μυοκαρδίου, της μέτρησης ροής των στεφανιαίων αγγείων και τον υπολογισμό του ποσοστού απόφραξης. Ο υπολογισμός του MBFR τα προηγούμενα χρόνια πραγματοποιούνταν μόνο από συστήματα PET-CT με χρήση 82Rb, 13N και 15O. Στην Ελλάδα δεν πραγματοποιούνται καρδιολογικές εξετάσεις με PET-CT και ως εκ τούτου δεν διατίθενται μη επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις υπολογισμού MBFR. Η ψηφιακή solid -state cardio Cadmium Zinc Telluride (CZT)-γ-camera αποτελεί την τελευταία λέξη της τεχνολογίας στην πυρηνική ιατρική και επιλογή μεγάλων νοσοκομείων παγκοσμίως, Το Ω.Κ.Κ είναι το πρώτο νοσοκομείο στην Ελλάδα που έχει εξοπλιστεί με CZT γ-Camera επαναστατικής τεχνολογίας. Διαθέτει εννέα ανιχνευτικές κεφαλές CZT οι οποίες περιστρέφονται και επικεντρώνονται στην ακριβή θέση της καρδιάς, διακρίνεται για την μεγάλη ευαισθησία του συστήματος, έχοντας σαν αποτέλεσμα την ταχύτερη διενέργεια απεικόνιση, εξαιρετική ποιότητα και πολύ μικρότερες δόσεις ραδιοφαρμάκων. **Σκοπός** Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τα αποτελέσματα των δυναμικών μελετών με CZT) - υπολογιστικής τομογραφίας εκπομπής ενός φωτονίου (SPECT) της εφεδρείας της αιματικής ροής του μυοκαρδίου (MBFR) στον προσυμπτωματικό έλεγχο στεφανιαίας νόσου (CAD) σχετικά με τον κλινικό κίνδυνο και τη συσχέτισή του με την επεμβατική αγγειογραφία. **Υλικά και μέθοδος** Από το Ιανουάριο 2022 έως σήμερα υπεβλήθησαν σε δυναμική μελέτη 70 ασθενείς, 50 άνδρες και 20 γυναίκες σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ASNC. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν πρώτα σε δυναμική μελέτη ηρεμίας με Tc-99m sestamibi και μετά από μία ώρα σε δυναμική μελέτη μετά την χορήγηση ρεγαδενοσόνης για υπεραιμία με συνεχή Η.Κ.Γ καταγραφή και λήψη αρτηριακής πίεσης. Επίσης ελήφθησαν εικόνες αιμάτωσης και λειτουργίας (Gated SPECT MPI) του μυοκαρδίου τόσο σε ηρεμία όσο και μετά από φαρμακευτική κόπωση με ρεγαδενοσόνη. Όλοι οι ασθενείς είχαν στεφανιογραφικό έλεγχο εντός 3μήνου από την σπινθηρογραφική μελέτη. **Αποτελέσματα** 60 από τις 70 μελέτες (85%)

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ήταν ικανοποιητικής ποιότητας και τεχνικά άρτιες. Υπήρξε πολύ καλή συσχέτιση με τον στεφανιογραφικό έλεγχο. Η ευαισθησία MBFR SPECT ήταν 83,3%, Δεν υπήρξε συσχέτιση με μεμονωμένους παράγοντες κινδύνου. **Συμπέρασμα** Η αναίμακτη μέτρηση της MBFR είναι πλέον εφικτή με πολύ ικανοποιητική συσχέτιση με τον στεφανιογραφικό έλεγχο. Η προσθήκη MBFR στο SPECT MPI για έλεγχο στεφανιαίας νόσου στην κάμερα CZT μπορεί να συμβάλει στην αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου και να βελτιώσει τις διαγνωστικές επιδόσεις αφενός συμβάλλοντας καθοριστικά στην πρόληψη και αφετέρου στην μείωση των ψευδώς αρνητικών MPI. Το MBFR θα μπορούσε να βοηθήσει τον καρδιολόγο να αποφασίσει να εκτελέσει στεφανιογραφικό έλεγχο. Απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών, βελτιστοποίηση της διενέργειας της τεχνικής για μεγαλύτερη ευαισθησία της μεθόδου και επικοινωνία της μεθόδου στους κλινικούς ιατρούς.

ΠΑ143 | Συσχέτιση του φορτίου ασβεστίου της αορτικής βαλβίδας κατά Agatston score (AU) και των επιπέδων CRP σε ασθενείς με ασβέστωση της αορτικής βαλβίδας

Ε. Σ. Μαυρουδέας¹, Ο. Κατσαρός⁴, Γ. Ματθαίοπουλος¹, Χ. Μαντής¹, Ν. Ανδριώτη², Μ. Στασινοπούλου², Κ. Κεραμιδά², Ι. Πυλαρινός², Π. Κληρίδης², Κ. Βασιλειάδης¹, Ν. Λαζίλι¹, Ε. Φέσκου², Κ. Σωτηράκου³, Α. Συνετός⁴, Μ. Δρακοπούλου⁴, Γ. Μπενέτος⁴, Σ. Τσαλαμανδρής⁵, Ν. Καυκάς¹, Κ. Τσιούφης⁴, Κ. Τούτουζας⁴

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Άγιος Σάββας, Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο

³ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ελπίς

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η ασβέστωση της αορτικής βαλβίδας (AVC) είναι η συχνότερη αιτία στένωσης της αορτικής βαλβίδας (AVS) με αποτέλεσμα την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των ασθενών. **Σκοπός:** Στόχος της μελέτης είναι να αξιολογήσει και να συσχετίσει την επίδραση των επιπέδων της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) στην πρόοδο της AVC σε άτομα με σκλήρυνση της αορτικής βαλβίδας (AVSc). **Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη συμπεριέλαβε 64 ασθενείς με AVSc, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία καρδιάς πολλαπλών τομών (MSCT) καθοδηγούμενη από ΗΚΓ, χωρίς σκιαγραφικό με σκοπό την ποσοτικοποίηση του φορτίου ασβεστίου σε μονάδες Agatston (AU) και σε δειγματοληψία αίματος για βιοχημική ανάλυση. Τα κύρια τελικά σημεία ήταν (1) η ποσοτικοποίηση του φορτίου ασβεστίου κατά Agatston score (AU) της AVC και (2) η μέτρηση των επιπέδων CRP στο αίμα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 3 τριτοβάθμια νοσοκομεία στην Ελλάδα. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι 75,3 ετών (IR=7,4), τα μέσα επίπεδα CRP στο αίμα είναι 0,7 mg/dl (IR 1,1) και το μέσο score της AVC είναι 673,5 AU (IR=878,2). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

φορτίου ασβεστίου της AV και των επιπέδων της CRP. Τα αυξημένα επίπεδα CRP στο αίμα συσχετίστηκαν με αυξημένη βαθμολογία της AVC ($p=0,028$). Συμπέρασμα: Επιβεβαιώθηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ των αυξημένων επιπέδων CRP στο αίμα και της υψηλότερης εναπόθεσης ασβεστίου στην αορτική βαλβίδα. Τα παραπάνω αποτελέσματα χρησιμεύουν για περαιτέρω έρευνα για τη διαπίστωση των υποκείμενων παθοφυσιολογικών μηχανισμών, καθώς η φλεγμονή θα μπορούσε να συμβάλει και στην εξέλιξη της ασβέστωσης των καρδιακών βαλβίδων.

ΠΑ144 | Εκτίμηση μυοκαρδιακής παραμόρφωσης και λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας ασθενών υποβληθέντων σε διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας

Δ. Μπενιά¹, Δ. Κυριακοπούλου¹, Θ. Μαραγκούλια¹, Α. Παπαπαναγιώτου¹, Δ. Οικονόμου¹, Η. Παπαδοπούλου¹, Κ. Τριανταφύλλου¹, Δ. Σταλίκας¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αορτική στένωση αποτελεί την πιο συχνή βαλβιδοπάθεια και η εμφάνιση συμπτωμάτων μειώνει δραματικά την επιβίωση. Η μόνη θεραπευτική επιλογή που βελτιώνει την πρόγνωση είναι η χειρουργική ή εναλλακτικά η διαδερμική αντικατάσταση της βαλβίδας (TAVR). Οι απεικονιστικές μέθοδοι αποτελούν απαραίτητο εργαλείο για την εκτίμηση της σοβαρότητας της στένωσης και της μετεπεμβατικής πορείας των ασθενών. Βασική παράμετρος που αξιολογείται είναι το κλάσμα εξώθησης που δυστυχώς επηρεάζεται σε προχωρημένα στάδια νόσου, όταν η μυοκαρδιακή βλάβη είναι πλέον μη αναστρέψιμη. Κρίνεται, συνεπώς, αναγκαία η ανάδειξη ευαίσθητων δεικτών που ανιχνεύουν υποκλινική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Σκοπός της εργασίας είναι να αξιολογήσει τις αλλαγές στην λειτουργικότητα και τη μορφολογία της αριστερής κοιλίας πρώιμα μετά από TAVR προσθέτοντας στους παραδοσιακούς υπερηχογραφικούς δείκτες τον υπολογισμό της συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης (GLS). **Υλικό και Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 32 ασθενείς με συμπτωματική σοβαρή στένωση αορτής και υψηλό χειρουργικό κίνδυνο που υποβλήθηκαν TAVR. Αξιολογήθηκαν υπερηχογραφικά προεπεμβατικά και ένα μήνα μετά την TAVR, υπολογίζοντας το κλάσμα εξώθησης (EF), τη μάζα του μυοκαρδίου (LVmass), τη μάζα μυοκαρδίου ανάλογα με το BSA (LVmass-i), το σχετικό πάχος τοιχώματος (RWT) και τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση (GLS). **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 80,9 (9,1) έτη και το 46,9% ήταν άνδρες. Οι τιμές του GLS βρέθηκαν σημαντικά επηρεασμένες σε όλους τους ασθενείς προεπεμβατικά, ακόμα και σε αυτούς με φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης. Μετεμβατικά, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση του GLS και του κλάσματος εξώθησης (-13,79% vs -15,35%, $p<0,001$ και 49,38% vs 51,88%, $p 0,050$) ενώ τα μορφολογικά χαρακτηριστικά της αριστερής κοιλίας (μάζα μυοκαρδίου, σχετικό πάχος τοιχώματος) δεν μεταβλήθηκαν αισθητά. **Συμπέρασμα:** Σύντομα μετά τη διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας σημειώνεται σημαντική βελτίωση στη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας που εκφράζεται τόσο μέσω των παραδοσιακών υπερηχογραφικών τεχνικών όσο και μέσω νεότερων όπως η εκτίμηση της

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

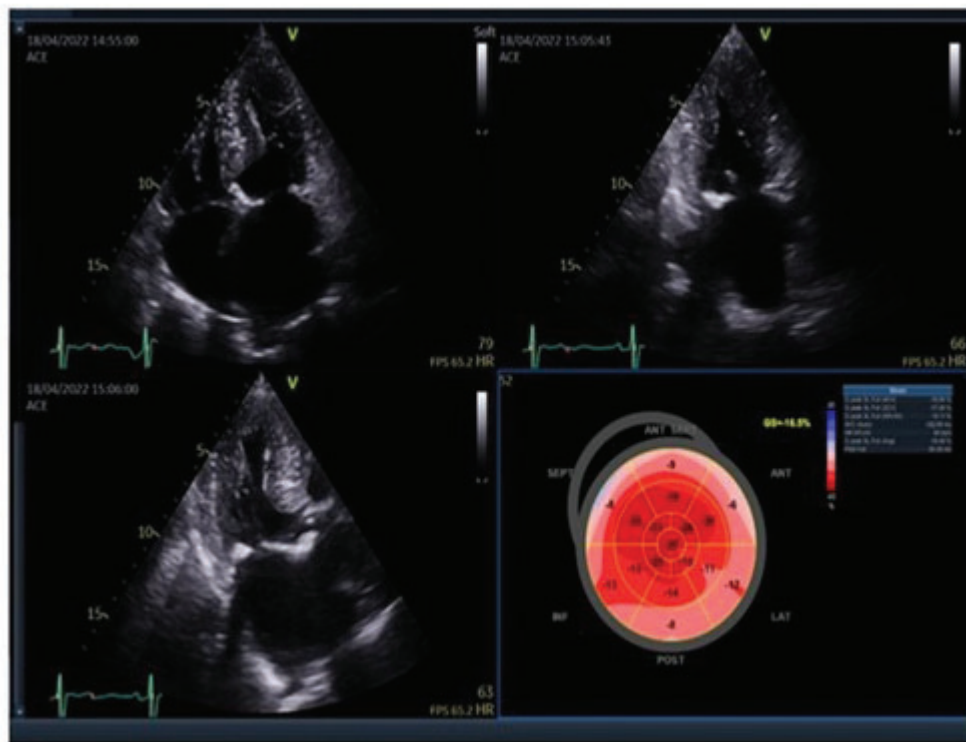
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

συνολικής επιμήκους παραμόρφωσης. Το GLS επηρεάζεται σημαντικά σε ασθενείς με σοβαρή στένωση αορτής, ακόμα και πριν την έκπτωση του κλάσματος εξώθησης και φαίνεται να βελτιώνεται σημαντικά μετά την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας ανεξάρτητα από τα κλινικά και υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Υπερηχογραφικές μετρήσεις πριν και 30 ημέρες μετά την TAVR					
	Πριν		Μετά		P Paired t-test
	Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		
Septum	11,78 (1,83)		11,53 (1,72)		0,211
PW	10,75 (1,7)		10,5 (1,85)		0,199
GLS	-13,79 (2,69)		-15,35 (2,64)		<0,001
LV end D diameter	46,72 (6,53)		46,84 (5,87)		0,754
LVEDD	31,94 (8,24)		31,84 (7,47)		0,854
LVEF	49,38 (10,57)		51,88 (7,16)		0,050
LVMASS	200,91 (48,62)		200,28 (48,18)		0,191
LVMASSI	112,31 (26,56)		111,99 (26,46)		0,208
RWT	0,47 (0,11)		0,46 (0,11)		0,132
meanGr	47,04 (11,53)		7,95 (5,23)		<0,001
PASP	41,75 (12,7)		39,34 (14,56)		0,097
Vmax	4,36 (0,56)		1,91 (0,43)		<0,001
		N (%)		P McNemartest	
MR	Όχι	17 (53,1)		21 (65,6)	
	Ναι	15 (46,9)		11 (34,4)	
TR	Όχι	25 (78,1)		22 (68,8)	
	Ναι	7 (21,9)		10 (31,3)	

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



ΠΑ145 | Η επίδραση της καρδιοαναπνευστικής αποκατάστασης στην κοιλιο-αρτηριακή σύζευξη σε ασθενείς αναρρώσαντες από COVID-19
M. Ι. Γουναρίδη¹, Γ. Α. Παπαμικρούλης¹, Ν. Χυνκιάμης³, Α. Βοντετσιάνος⁴, Σ. Λάμπσας¹, Ν. Σουβαλιώτης¹, Π. Μπακάκος⁴, Α. Αναστασίου¹, Ι. Τζίμα¹, Α. Γκολιοπούλου¹, Γ. Ζακυνθινός¹, Ι. Παλαμάς¹, Ε. Βαβουρανάκης¹, Γ. Σιάσος¹, Ε. Οικονόμου¹

¹ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

² Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Σωτηρία», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

³ Μονάδα Αποκατάστασης, Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

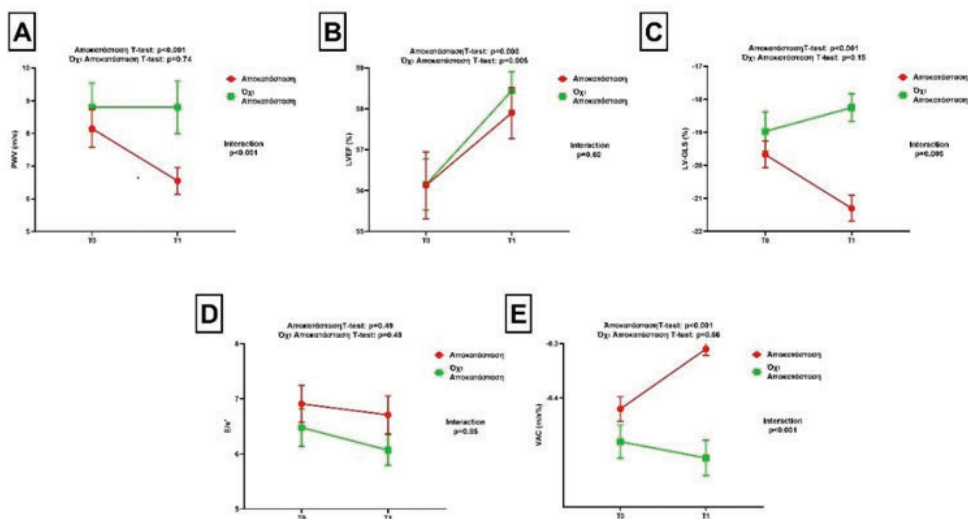
⁴ Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η νόσος COVID-19 προκαλεί ποικίλες αγγειακές και μυοκαρδιακές επιπλοκές μετά την οξεία νόσηση. Η σύζευξη της αρτηριακής σκληρίας με τη μυοκαρδιακή λει-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

τουργία της αριστερής κοιλίας (κοιλιο-αρτηριακή σύζευξη, VAC) είναι ένας καθοριστικός παράγοντας αξιολόγησης της καρδιαγγειακής λειτουργικότητας. Η καρδιοαναπνευστική αποκατάσταση επιδρά θετικά στη μείωση των μακροχρόνιων συμπτωμάτων στη μετά-οξεία COVID-19 φάση. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της επίδρασης ενός προγράμματος καρδιοαναπνευστικής αποκατάστασης μετά την οξεία νόσο COVID-19 στην αρτηριακή σκληρία, τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας και την κοιλιοαρτηριακή σύζευξη. **Μέθοδοι/Υλικό:** 48 ενήλικες αναρρώσαντες από COVID-19 εξετάστηκαν 1 μήνα (T0) και 3 μήνες (T1) μετά την οξεία νόσηση. Τα άτομα με COVID-19 τυχαιοποιήθηκαν σε αναλογία 1:1 για να συμμετάσχουν ή όχι σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης διάρκειας 3 μηνών και ως ομάδα ελέγχου εγγράφηκαν 48 άτομα από το Εξωτερικό Καρδιολογικό Ιατρείο έπειτα από αντιστοίχιση σε ηλικία, φύλο και βασικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Η αρτηριακή σκληρία αξιολογήθηκε με τη ταχύτητα καρωτιδο-μηνιαίου κύματος παλμού (cf-PWV). Μέσω διαθωρακικού υπερηχοκαρδιογραφήματος εκτιμήθηκε το ολικό επίμηκες strain της αριστερής κοιλίας (LV-GLS). Τέλος, ο λόγος cf-PWV/LV-GLS υπολογίστηκε ως δείκτης της κοιλιοαρτηριακής συζευξης. **Αποτελέσματα:** Δεν υπήρχαν διαφορές σε βασικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά καθώς και σε δείκτες λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας LVEF και LV-GLS μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των αναρρώσαντων από COVID-19. Ωστόσο, οι αναρρώσαντες από COVID-19 είχαν επιδεινωμένο PWV: (αναρρώσαντες COVID-19: $8,41 \pm 1,54$ m/sec εν. ομάδας ελέγχου: $7,33 \pm 1,62$ m/sec, $p < 0,001$) και μειωμένο VAC: (αναρρώσαντες COVID-19: $-0,38 \pm 0,13$ m/sec% εν. ομάδας ελέγχου: $-0,45 \pm 0,13$ m/sec%, $p = 0,001$). Αναφορικά με την καρδιοαναπνευστική αποκατάσταση στους αναρρώσαντες από COVID-19 και οι δύο ομάδες (Αποκατάστασης και μη Αποκατάστασης) παρουσιάζουν βελτίωση στο LVEF ενώ το PWV και το LV-GLS βελτιώθηκαν μόνο στην ομάδα αποκατάστασης:



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

(PWV T0: 8,15 ±1,37 m/sec έναντι T1: 6,55 ±0,98 m/sec , p<0,001) και (LV-GLS: T0: -19,67 ±1,98 % έναντι T1 : -21,3±1,93 %, p<0,001). Το VAC βελτιώθηκε μόνο στην ομάδα αποκατάστασης (VAC: T0:-0,42 ±0,11 m/sec % έναντι T1 -0,31±0,06 m/sec %, p<0,001). **Συμπέρασμα:** Η αρτηριακή σκληρία και η κοιλιο-αρτηριακή σύζευξη είναι επηρεασμένα σε ασθενείς μετά τη λοίμωξη COVID-19. Η καρδιοαναπνευστική αποκατάσταση μετά στη μετα-οξεία COVID-19 λοίμωξη επιτυγχάνει την αποκατάσταση της αρτηριακής σκληρίας, της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας και της κοιλιοαρτηριακής σύζευξης.

Πίνακας 1. Αλλαγές στους δείκτες εκτίμησης της αγγειακής λειτουργίας.				
	T ⁰	T ¹	P	P _{interaction}
PWV Αποκατ. (m/s)	8.15 (1.37)	6.55 (0.98)	<0.001	
PWV Όχι Αποκατ. (m/s)	8.80 (1.75)	8.80 (1.91)	0.74	<0.001
LVEF Αποκατ. (%)	56.13 (4.02)	57.90 (3.08)	0.008	
LVEF Όχι Αποκατ. (%)	56.15 (3.95)	58.44 (2.30)	0.005	0.60
LV-GLS Αποκατ.	-19.67 (1.98)	-21.30 (1.93)	<0.001	
LV-GLS Όχι Αποκατ.	-18.97 (2.93)	-18.25 (2.07)	0.15	0.005
E/e' Αποκατ.	6.91 (1.64)	6.71 (1.69)	0.49	
E/e' Όχι Αποκατ.	6.48 (1.78)	6.07 (1.35)	0.49	0.85
VAC Αποκατ. (m/s%)	-0.42 (0.11)	-0.31 (0.06)	<0.001	
VAC Όχι Αποκατ.	-0.48 (0.15)	-0.51 (0.16)	0.66	<0.001

PWV: Pulse wave velocity, LVEF: left ventricular ejection fraction; LV-GLS: left ventricular global longitudinal strain; E/e': ratio of trans-mitral early inflow velocity the mean of early tissue diastolic velocity in the septal and lateral wall; VAC: ventriculoarterial coupling; Αποκατ.: Αποκατάσταση; Όχι Αποκατ.: Όχι Αποκατάσταση

12.30-14.00 Παρουσίαση Περιστατικού II

Πρόεδροι: **Π. Γουνόπουλος** (Αθήνα), **Ι. Λακουμέντας** (Αθήνα)

ΠΑ146 | ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ “ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ” ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΛΕΚΑΪΝΙΔΗΣ

Η. Καπιτσίνης¹, Θ. Αβραμίδης¹, Γ. Παπανικολάου¹, Μ. Παπαδημητρίου¹, Ε. Λουϊζάκη¹, Κ. Ατρασκεβίτης¹, Γ. Καρακώστας¹

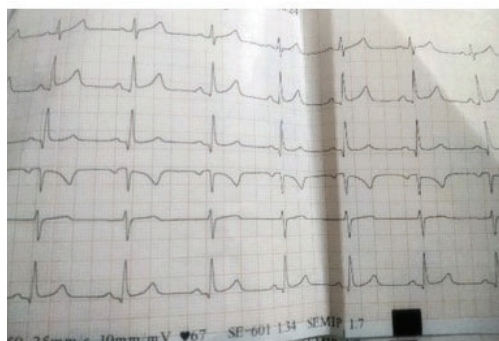
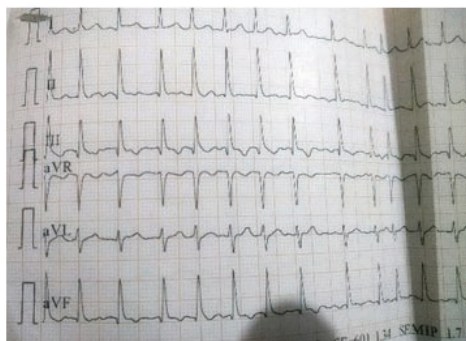
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η επίπτωση των ασθενών με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή τείνει αυξητική τα τελευταία χρόνια ακόμα και στις νεαρότερες ηλικίες. Η χορήγηση φλεκαϊνίδης ενός αντιαρρυθμικού φαρμάκου κατηγορίας Ic αποτελεί την πρώτη γραμμής επιλογή από πλευράς αποτελεσματικότητας και ασφάλειας με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες για την ανάταξη και

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

διατήρηση φλεβοκομβικού ρυθμού ιδίως στις νεαρότερες ηλικίες και επί απουσίας σοβαρής δομικής καρδιοπάθειας. **Σκοπός:** Η παρουσίαση μιας σχετικά σπάνιας παρενέργειας από τη χρήση φλεκαϊνίδης σε νεαρό ασθενή με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή. Υλικό και μέθοδοι: Ασθενής ετών 43 προσέρχεται με αναφερόμενο αίσθημα παλμών από 2ώρου και εικόνα ταχείας κοιλιακής μαρμαρυγής χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις από το ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας. Ιστορικό ελεύθερο, χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, αιμοδυναμικά σταθερός. Μετά την εισαγωγή και με αδρή υπερηχοκαρδιο- γραφική εκτίμηση χωρίς παθολογικά ευρήματα γίνεται έναρξη φλεκαϊνίδης από στόματος και μικρής δόσης β - αποκλειστή (25mg μετορπολόλης). Βιοχημικός έλεγχος και ειδικότερα τροπονίνη ορού αρνητική. **Αποτελέσματα:** Μισή ώρα μετά τη χορήγηση 200 συνολικά mg φλεκαϊνίδης σε δυο διαιρούμενες δόσεις με απόσταση μιας ώρας η μια από την άλλη και υπό συνεχή καταγραφή σε monitor ρυθμού ο ασθενής ανατάσσει φλεβοκομβικό ρυθμό. Λίγα λεπτά μετά αναφέρει θωρακική δυσφορία ενώ καταγράφονται φλεβοκομβική βραδυκαρδία μέχρι 40 σφύξεις με εναλλαγές φλεβοκομβικού και κομβικού ρυθμού και συνοδό υπόταση (60/30mmHg) η οποία δεν απαντά ικανοποιητικά σε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Γίνεται εκ νέου υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση με εικόνα γενικευμένης υποκινησίας των τοιχωμάτων της αριστεράς κοιλίας και σοβαρά μειωμένης συστολικής λειτουργίας. Ο ασθενής υποβάλλεται σε χορήγηση διπλής ινóτροπης υποστήριξης με δοβουταμίνη και νοραδρεναλίνη σε σχετικά μέτριες πλην όμως ταχέως αποκλιμακούμενες δόσεις. Μετά από περίπου 8ώρου έχει πλήρως αποδεσμευτεί από την ινóτροπη υποστήριξη και είναι αιμοδυναμικά σταθερός σε φλεβοκομβικό ρυθμό με περίπου 65 σφύξεις ανά λεπτό. Η επαναληπτική ηλεκτροκαρδιογραφική και βιοχημική εικόνα δεν καταδεικνύει υποκλινική ισχαιμία και η υπερηχοκαρδιογραφική εικόνα αποκαθίσταται εντός φυσιολογικών ορίων. Ο ασθενής υποβάλλεται σε αξονική στεφανιογραφία που πιστοποιεί την απουσία στεφανιαίας νόσου. **Συμπεράσματα:** Η σχετική βιβλιογραφία αναφέρει περιπτώσεις αναστρέψιμης καρδιογενούς καταπληξίας μετά συνήθως από υπερδοσολογία φλεκαϊνίδης ή σε ασθενείς με σοβαρή μυοκαρδιοπάθεια ή υπερήλικες με συνυπάρχουσες διαταραχές του ερεθισματογωγού συστήματος. Στην περίπτωση μας όπως και σε άλλες ολιγάριθμες αναφορές στη βιβλιογραφία η εμφάνιση της αντίστοιχης παρενέργειας θα μπορούσε να εξηγηθεί από την αυξημένη ευαισθησία στην αρνητική ινóτροπη δράση της φλεκαϊνίδης. Επομένως, συνιστάται προσεκτική παρακολούθηση μετά τη νέα χορήγηση φλεκαϊνίδης ή τη χορήγηση υψηλότερης δόσης.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

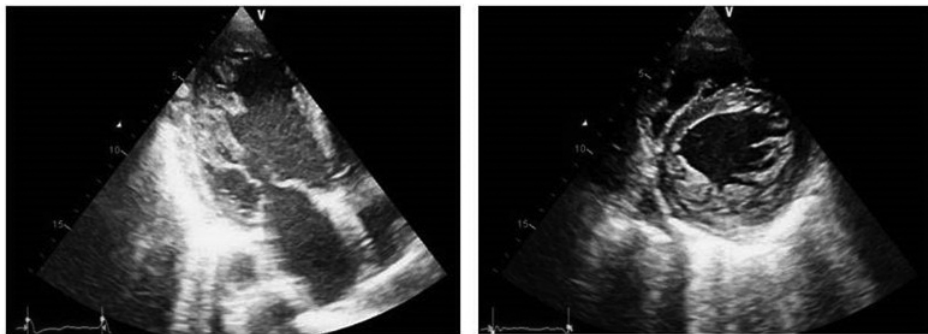
**ΠΑ147 | A patient with multiple strokes and first diagnosis of heart failure:
The bitter end of non-compaction cardiomyopathy**

**Γ. Φώτος¹, Μ. Μπονέτη¹, Μ. Μουρατίδου¹, Ζ. Προγκάκη¹,
Χ. Θεοδοσοπούλου¹, Ε. Σιδηροπούλου¹, Α. Χαλδούπης¹,
Α. Σακελλαροπούλου¹, Π. Σεραφείμ¹, Μ. Αγγελάκη¹, Ι. Καράλης¹,
Α. Χρήστου¹, Ν. Μπουρμπούλης¹, Κ. Φλέσσα¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

BACKGROUND Non-compaction cardiomyopathy (NCM) is an infrequent congenital disorder characterized by hypertrabeculation in one or more segments of the ventricle. The most commonly affected chamber is the left ventricle (LV), but rarely the right ventricle (RV) can also be affected concurrently. Clinical manifestations of NCM include heart failure, ventricular tachyarrhythmias and thromboembolic events. **CASE REPORT** A 50-year-old woman presented at the emergency department with transient numbness of the right left upper and lower limbs. The initial CT brain scan was normal. The ECG revealed a sinus rhythm with a left bundle branch block, while the transthoracic echocardiogram revealed a reduced LV ejection fraction (20%) and hypertrabeculation of both the LV and RV. The patient was admitted for further evaluation. Cardiac MRI demonstrated excessive trabeculation of the LV apical, basal-inferior and mid-inferior segments, with a ratio of non-compacted to compacted myocardium >.5 suggestive of NCM, as well as mobile thrombi in the recesses. Hypertrabeculation was also present at the RV apex with reduced systolic function of the RV. Ischemic cardiomyopathy was excluded with coronary angiography. A repeat CT brain scan depicted acute ischemic strokes in the thalamus and the medial temporal lobe on the left and in the precentral gyrus on the right. Anticoagulation was initiated since hemorrhagic transformation was excluded with repeat CT brain scan. Unfortunately, two days later and while on therapeutic anticoagulation treatment, the patient presented a new large ischemic stroke in the distribution of the M1 and M2 segments of the middle cerebral artery on the left. Thrombolysis was not administered due to the recent previous ischemic infarcts and

Figure 1: Transthoracic echocardiogram with hypertrabeculation of the LV.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

the fact that the patient was already on anticoagulation therapy. In the following days, hemorrhagic transformation of the later brain infarct was depicted on CT and re-initiation of anticoagulation was deferred for 2 weeks. **CONCLUSION** NCM is a rare congenital disorder with high stroke incidence usually due to concomitant atrial fibrillation. Thrombi formed in the recesses could be an alternative cause of stroke and the efficacy of anticoagulation treatment is now well studied in this special group of patients; however, not all patients have a favourable outcome.

ΠΑ148 | **Διαχείριση διάτρησης στεφανιαίου αγγείου κατά την διάρκεια αγγειοπλαστικής (PCI) -Μια ενδιαφέρουσα περίπτωση**

Β. Αποστολάκη¹, Ε. Πουλιδάκης¹, Σ. Τσιάμης¹, Π. Πάτσιος¹, Α. Τρίκας¹

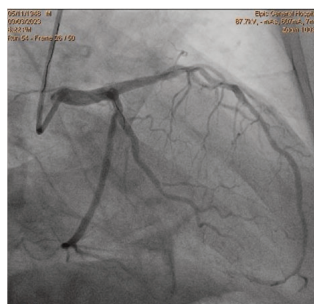
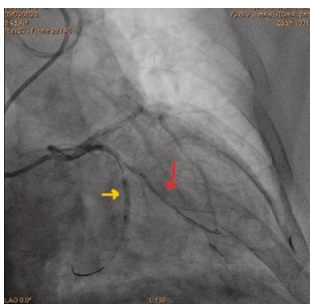
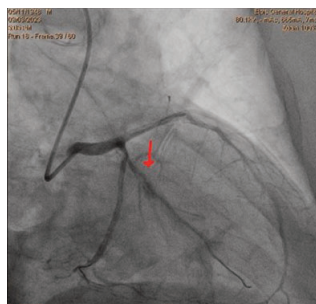
¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η διάτρηση στεφανιαίου αγγείου κατά τη διαδικασία αγγειοπλαστικής αποτελεί σημαντική επιπλοκή με μικρή επίπτωση (0,2-0,7%) αλλά με 10-48% κίνδυνο επιπωματισμού, έως 12% ανάγκη επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης και 6-8% κινδύνου θανάτου. Η επαγρύπνηση και η άμεση αντιμετώπιση βάσει της βαρύτητας της διάτρησης κατά Ellis είναι μέζονος σημασίας για την επιβίωση του ασθενούς και τη μείωση της νοσηρότητας. **ΣΚΟΠΟΣ** Η παρουσίαση περίπτωσης διάτρησης στεφανιαίου αγγείου και ο τρόπος διαχείρισης της κατά τη διάρκεια αγγειοπλαστικής. **ΥΛΙΚΟ** Πρόκειται για άνδρα 75ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και δυσλιπιδαιμίας, ο οποίος διεκομίσθη από την παθολογική κλινική του νοσοκομείου μας στην μονάδα εμφραγμάτων λόγω εμφάνισης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου κατά τη νοσηλεία του για εμπύρετο λοίμωξη αναπνευστικού. **ΜΕΘΟΔΟΣ** Ο ασθενής υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο, ο οποίος ανέδειξε στεφανιαία νόσο δύο αγγείων και συγκεκριμένα τα ακόλουθα: · Στέλεχος (LM): Ευρύ, αθηρωματικό, χωρίς σημαντική στένωση. · Πρόσθιος κατιών (LAD): Αθηρωματικό αγγείο με επιμήκη σημαντική στένωση έως 80% με έντονη ασβέστωση, από το τέλος του εγγύς τμήματος έως και το μέσο τμήμα, που περιλαμβάνει και την έκφυση δύο διαγωνίων κλάδων. · Περισπωμένη (LCX): Επικρατούσα με κριτική στένωση στην έκφυση του πρώτου επιχειλίου και με εικόνα ύποπτη για διαχωρισμό αμέσως πριν ένα ασβεστωμένο οζίδιο. · Δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA): Υπολειπόμενη με πρόσθια έκφυση, διάχυτα αθηρωματική και μικρής διαμέτρου. Δεδομένων των ανωτέρω ευρημάτων απεφασίσθη ad hoc PCI στην ένοχη βλάβη (επιχειλίου) και PCI σε LAD σε 2ο χρόνο. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα βήματα που ακολουθήθηκαν κατά τη διαδικασία αγγειοπλαστικής περιγράφονται ως εξής: · Διέλευση σύρματος BMW στην άπω περισπωμένη και προσπάθεια διέλευσης σύρματος Runthrough Floppy, με τάση εισόδου στον υποενδοθηλιακό χώρο αμέσως μετά το ασβεστωμένο οζίδιο. · Επιτυχής διέλευση υδρόφιλου σύρματος Whisper MS στον αληθή αυλό με τεχνική παράλληλων συρμάτων. · Προδιαστολή με μπαλόνι SC 2.0x15mm στο εγγύς τμήμα της βλάβης αλλά αδυναμία προώθησης αυτού περιφερικότερα. · Προδιαστολή περιφερικότερα με μπαλόνι SC 1.5x15mm στις 12Atm με θραύση του μπαλονιού και τοπική εξαγγείωση σκιαγραφικού, συμβατή με διάτρηση Ellis II. · Ακολούθησε άμεση προώθηση νέου μπαλονιού 1.5 x20mm και επίτευξη σύγκλεισης διάτρησης με παρατεταμένη διαστολή αυτού>min. · Αρχική αποτυχία προώθησης stent παρά της εργώδεις προσπάθειες προώθησης

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

με χρήση anchoring balloon στην περισπώμενη. · Τελικά, επιτεύχθηκαν προδιαστολές με μπάλονι NC 2.0x12mm και ακολούθως προώθηση stent Firehawk 2.25x18mm στο μέσο προς άνω τμήμα του επιχειλίου με την τεχνική anchoring στην περισπώμενη που προαναφέρθηκε. · Έγινε επίσης τοποθέτηση 2ου stent Firehawk 2.5x20mm, μετά από επιπλέον διαστολές στην είσοδο του προηγούμενου stent (με SC 2.5x15mm) σε θέση cross over από περισπώμενη στην επιχειλίω. · Τέλος, μεταδιαστολή εγγύς (POT) 3.0x8mm με επίτευξη άριστου τελικού αποτελέσματος χωρίς ενδείξεις εξαγγείωσης σκιαγραφικού. · Καθόλη τη διάρκεια της διαδικασίας αγγειοπλαστικής ο ασθενής παρέμενε αιμοδυναμικά σταθερός, ενώ ο υπερηχογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε περικαρδιακό υγρό άμεσα μετά ή και κατά τη διάρκεια νοσηλείας μετέπειτα. Δύο ημέρες αργότερα πραγματοποιήθηκε και η αποκατάσταση της βλάβης του LAD με ανάγκη χρήσης rotablator και πολύ καλό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Η νοσηλεία του ασθενούς συνεχίσθηκε ανεπίπλεκτα και εξήλθε αιμοδυναμικά σταθερός και ασυμπτωματικός. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ· Ο διαχωρισμός, το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα και η διάτρηση στεφανιαίου αγγείου είναι αποτελέσματα τρώσης ευένδοτου σημείου του ενδοθηλίου και απαιτούν άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση.· Ο βαθμός της διάτρησης κατά Ellis καθορίζει την βαρύτητα αυτής.· Το ενδιαφέρον σημείο στην αγγειοπλαστική του ασθενούς μας αποτελεί το γεγονός εμφύτευσης DES αντί για covered stent που είναι η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση διάτρησης από της οδηγίες. Η επιτυχία σύγκλεισης της διάτρησης με DES, παρά την κακή στήριξη σε συνδυασμό με την αδυναμία προώθησης των υλικών λόγω της «δύσκολης» ανατομίας στην περιοχή της βλάβης, πιθανότατα αποδίδεται στο ότι ο μηχανισμός διάτρησης δεν ήταν άλλος από έναν τοπικό σύμπλοκο διαχωρισμό και όχι απλά μια «κάθετη οπή» στο τοίχωμα του αγγείου.· Έτσι, η χρήση DES στο εν λόγω περιστατικό, εξατομικεύοντας, βελτιώνει την πρόγνωση προλαμβάνοντας τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές των covered stents, όπως η θρόμβωση ή ο αυξημένος κίνδυνος επαναστένωσης.· Η εγρήγορη και η ευελιξία στη άμεση λήψη αποφάσεων που συνάδουν με την εμπειρία και την κατάρτιση του επεμβατικού καρδιολόγου συμβάλλουν στην βέλτιστη αντιμετώπιση επιπλοκών στο αιμοδυναμικό με στόχο την καλύτερη δυνατή πρόγνωση και μακροπρόθεσμα.

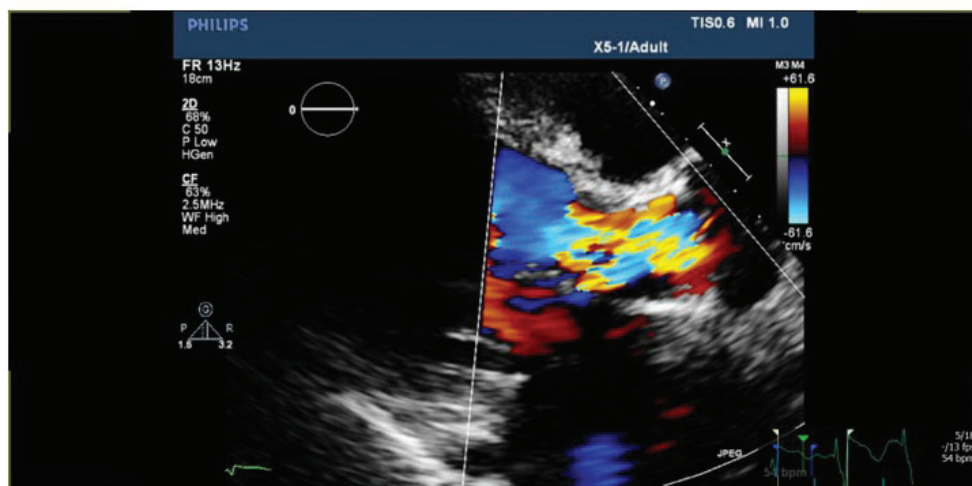


ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ149 | Ross επέμβαση για τη διόρθωση ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας σε ασθενή μέσης ηλικίας**Ε. Μπενέκη¹, Κ. Δημητριάδης¹, Π. Κωστάκης¹, Δ. Συρσελούδης¹, Δ. Βενετσάνος¹, Σ. Τσαλαμανδρής¹, Σ. Αρχοντάκης¹, Γ. Τρανταλής¹, Σ. Σιδεράς¹, Κ. Αγγέλη²**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

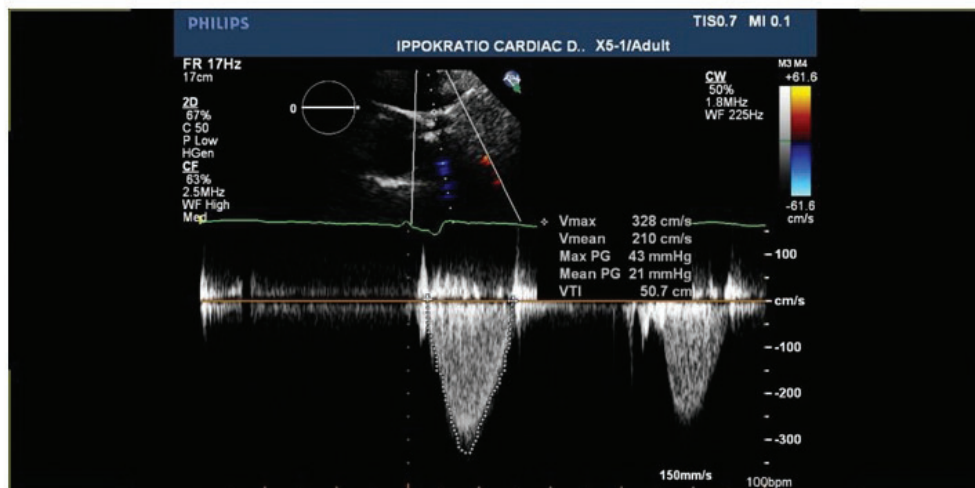
Εισαγωγή / Σκοπός Η αντιμετώπιση της αορτικής βαλβιδοπάθειας παραμένει μία πρόκληση στους ασθενείς νεαρής και μέσης ηλικίας. Το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης τούς εκθέτει σε μεγαλύτερα ποσοστά επιπλοκών μετά από εμφύτευση προσθετικής βαλβίδας ενώ η επιθυμία τους για έντονη σωματική δραστηριότητα καθιστά αναγκαία την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας από κάποιο υποκατάστατο με παρόμοιο αιμοδυναμικό προφίλ. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με ατομικό ιστορικό Ross επέμβασης για την αντιμετώπιση αορτικής ανεπάρκειας. **Υλικό και Μέθοδος** Πρόκειται για ασθενή 84 ετών με ατομικό ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής ο οποίος είχε υποβληθεί σε ηλικία 68 ετών σε επέμβαση Ross για την αντιμετώπιση σοβαρού βαθμού ανεπάρκειας αορτικής βαλβίδας και χειρουργική αντικατάσταση της αορτικής ρίζας με μόσχευμα λόγω διάτασης της. Ο ασθενής εισήχθη στην καρδιολογική κλινική λόγω δύσπνοιας και οιδημάτων κάτω άκρων από τριήμερου. Το υπερηχοκαρδιογράφημα κατέδειξε διατεταμένη αριστερή κοιλία με επηρεασμένη συστολική απόδοση (κλάσμα εξωθήσεως 35-40%) με συνοδό σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια εκ του αυτομοσχεύματος της πνευμονικής βαλβίδας στη θέση της αορτικής βαλβίδας (εικόνα 1) και αυξημένες πιέσεις πλήρωσης εντός της αριστερής κοιλίας. Αυξημένη ταχύτητα ροής διαπιστώθηκε δια του αλλομοσχεύματος της πνευμονικής βαλβίδας (U_{max} 3,3m/sec) (εικόνα 2) με



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

συνοδό ύπαρξη υπερηχογενών ασβεστωμένων στοιχείων. Η δεξιά κοιλία επίσης ήταν διατεταμένη με επηρεασμένη συσπαστικότητα και εκτιμώμενη συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας $PASP = RVSP - PGTV = 39 \text{ mmHg}$. **Αποτελέσματα** Ο ασθενής τέθηκε σε μέγιστη ενδοφλέβια διουρητική αγωγή χωρίς ωστόσο την επαρκή αποσυμφόρηση του και την απόδοση επαρκούς διούρησης. Κατά τη νοσηλεία του γρήγορα έγινε αιμοδυναμικά ασταθής, διασωληνώθηκε και τελικώς απεβίωσε παρά την υποστήριξη του με ινóτροπη αγωγή. **Συμπεράσματα** Η βέλτιστη αντιμετώπιση της αορτικής βαλβιδοπάθειας παραμένει ασαφής στους νέους. Αν και οι προσθετικές βαλβίδες είναι η πιο συχνή επιλογή αντιμετώπισης, οι συνοδές επιπλοκές τους και τα καλά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της Ross επέμβασης καθιστούν τη δεύτερη μία εφικτή αντιμετώπιση. Η πραγματοποίηση της σε εξειδικευμένα κέντρα, σε υγιείς νέους με φυσιολογικό μέγεθος αορτικού δακτυλίου σχετίζεται με υψηλά ποσοστά επιτυχίας. Ωστόσο, ο υψηλός χειρουργικός κίνδυνος λόγω της πολυπλοκότητας της επέμβασης και το ενδεχόμενο αποτυχίας δύο βαλβίδων την τοποθετούν με ένδειξη IIb στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Εξατομικευμένη προσέγγιση απαιτείται σε κάθε ασθενή, ενώ μελλοντικές μελέτες που θα συγκρίνουν τη Ross επέμβαση με την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με προσθετικές είναι αναγκαίες.

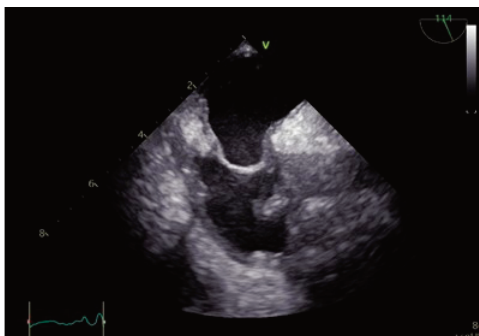


ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ150 | **Ghost Catheter Fibrin Sleeve****Δ. Οικονομίδης¹, Κ. Παπαδόπουλος¹, Ε. Τάτσης¹, Χ. Φλωροπούλου¹,
Μ. Δαφνή², Β. Τζαβάρα², Ι. Τσιαφούτης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ
Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² Α' Παθολογική κλινική «ΓΝΑ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο -ΕΕΣ»

Εισαγωγή/Σκοπός: Η χρήση κεντρικών φλεβικών καθετήρων (ΚΦΚ) σε νοσηλεύομενους και μη ασθενείς είναι απαραίτητη σε ορισμένες καταστάσεις όπως για την παρακολούθηση της αιμοδυναμικής κατάστασης βαρέων πασχόντων ασθενών, την χορήγηση χημειοθεραπευτικής αγωγής καθώς και τη διενέργεια συνεδριών αιμοκάθαρσης. Μεταξύ των επιπλοκών με τις οποίες έχει συσχετιστεί η χρήση τους, έχει περιγραφεί στην βιβλιογραφία η δημιουργία ενός ινώδους περιβλήματος πέριξ του καθετήρα, το οποίο μπορεί να παραμείνει ακόμη και μετά την αφαίρεση του καθετήρα (Ghost Catheter Fibrin Sleeve - GCFS). Σκοπός του συγκεκριμένου περιστατικού είναι η παρουσίαση μίας σπάνιας επιπλοκής παρουσίας ενός ΚΚΦ. **Υλικό/Μέθοδος:** Γυναίκα 80 ετών, με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II και χρόνια νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση, διεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω εμπυρέτου έως 38 C και απομόνωσης *Candida guilliermondii* σε καλλιέργεια άκρου καθετήρα αριστεράς υποκλειδίου από την οποία υποβαλλόταν σε τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Κατά την παρουσία της στο ΤΕΠ η ασθενής ήταν απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή με ΑΠ: 120/65 mmHg, 70 σφύξεις/λεπτό και SPO2: 95% (FIO2:21%). Διενεργήθη ηλεκτροκαρδιογράφημα το οποίο δεν ανέδειξε οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις και ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες για διερεύνηση παρουσίας μυκηταϊμίας και εν αναμονή των αποτελεσμάτων, έγινε έναρξη αγωγής με μικαφουγκίνη. **Αποτελέσματα:** Στο πλαίσιο της ενδεδειγμένης διερεύνησης, και προς αποκλεισμό ενδοκαρδίτιδας διενεργήθη διαθωρακική και διοισοφάγειος ηχωκαρδιογραφική μελέτη η οποία ανέδειξε την παρουσία ευμεγέθους μορφώματος πέριξ της κεντρικής φλεβικής γραμμής (δεξιά υποκλείδιο) έως την άνω κοίλη φλέβα, με πιθανή διαφοροδιάγνωση μυκήτωμα ή θρόμβο. Έγινε αφαίρεση του καθετήρα και εστάλη καλλιέργεια άκρου του η οποία απέβη σε στείρα όπως και όλες οι αιμοκαλλιέργειες που ελήφθησαν από περιφέρεια και κεντρική γραμμή. Στο πλαίσιο διαφοροδιάγνωσης του μορφώματος η ασθενής υπεβλήθη σε PET-



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

CT που ανέδειξε αυξημένη πρόσληψη ραδιοφαρμάκου στο ανιόν τμήμα του παχέως εντέρου(SUV 10.5 εύρημα υπέρ κακοήθειας), χωρίς αυξημένη πρόσληψη από το μορφώμα (εύρημα υπέρ θρόμβου). Έγινε εκ νέου διενέργεια διοισοφάγειου ηχκαρδιογραφικής μελέτης με την οποία επανελέχθηκε η παρουσία του ευμεγέθους μορφώματος. **Συμπεράσματα:** Στο παραπάνω περιστατικό η υποψία καντιντίασης έκανε δύσκολη τη διαφοροδιάγνωση του μορφώματος. Το GCFS θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση σκληνοειδών μαζών που ανευρίσκονται σε θέσεις που είχε τοποθετηθεί ΚΦΚ.

ΠΑ151 | **Mitral annular calcification; a challenging diagnosis of cardioembolic stroke**

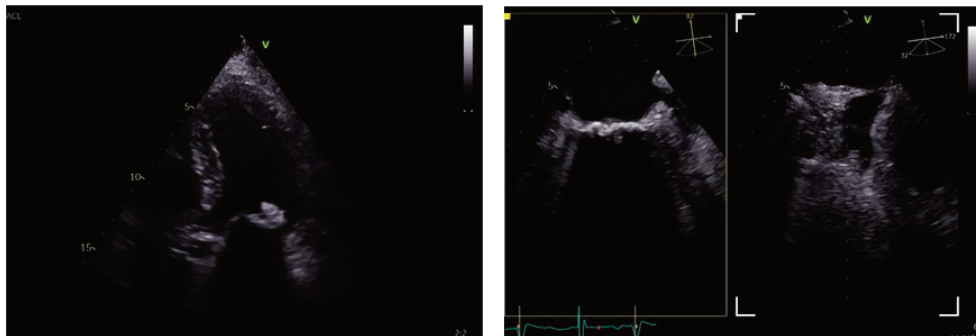
Σ. Μ. Αγγελοπούλου¹, Π. Βαζακίδης¹, Χ. Κακδέρης¹, Β. Καμπερίδης¹, Α. Ζιάκας¹, Γ. Γιαννακούλας¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Aim: Mitral annular calcification (MAC), defined as the accumulation of calcium along the annulus, is a common finding and the reported prevalence is between 8% and 15%. Ulceration of the valve endothelium with exposure of calcium can provide a nidus for thrombus formation leading to embolic stroke. **Methods and results:** We report the case of a 77-year-old man with no past medical history who presented to the emergency department with dizziness and one episode of fever two days ago. The patient was initially treated as possible endocarditis due to identification of a calcified nodule on the posterior mitral valve leaflet. He remained afebrile and multiple blood cultures were negative. The c-reactive protein was within normal range. The following transthoracic echocardiogram revealed MAC, with focal calcification of the posterior mitral valve leaflet. Doppler interrogation of the mitral valve demonstrated mild mitral regurgitation without stenosis. Multiplane TOE revealed a 0,9 cm x 0,5 cm mobile soft tissue density, consistent with thrombus, on the ventricular surface of the calcified posterior mitral valve annulus. Magnetic resonance imaging (MRI) of the brain revealed an acute ischemic infarction in the right anterior parietal lobe. Carotid duplex ultrasonography revealed no evidence of cerebrovascular disease. A 24-hour ambulatory electrocardiogram (ECG) recording was normal. The patient was finally diagnosed with cardioembolic stroke due to thrombus on calcified posterior mitral leaflet and was discharged with acenocoumarole. He has remained free of symptoms for 6 weeks on anticoagulation treatment with vitamin K antagonist. **Conclusions:** Calcium deposition on mitral valve can serve as a nidus for thrombus formation and is associated with cardioembolic stroke. Both stroke and MAC are common among clinical practice. Thus, the appropriate role of TOE to identify thrombus in patients with ischaemic cerebral events and MAC seems to be of paramount importance since it facilitates rapid and thorough interrogation of the mitral valve. Cardiologists should be familiar with the echocardiographic appearance of calcified mitral annulus and its association with potential cardioembolic stroke as this can help to avoid unnecessary use of lengthy courses of antibiotics and guide appropriate treatment.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

**ΠΑ152 | Ενδοκαρδίτιδα τριγλώχινος και αορτικής βαλβίδος σε ασθενή με φυσικές βαλβίδες - Παρουσίαση κλινικού περιστατικού****Ε. Μπαχλιτζανάκη¹, Μ. Στρατινάκη¹, Γ. Αλετράς¹, Σ. Κουκιάς¹, Ε. Χόντα¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Θ. Γεωργοπούλου¹, Ε. Φουκαράκης¹, Π. Καφαράκης¹, Μ. Δετοράκη¹, Δ. Κορέλα¹, Γ. Γαρίδας¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα αποτελεί δυνητικά θανατηφόρο κατάσταση. Αφορά συνήθως την μία βαλβίδα και οι αναφορές στην ταυτόχρονη παρουσία μορφώματος σε δύο βαλβίδες είναι περιορισμένες. Συνήθως προσβάλλονται οι βαλβίδες των αριστερών κοιλοτήτων, ενώ οι περιπτώσεις των δεξιών κοιλοτήτων αποτελούν το 5-10% του συνόλου και είναι συχνότερες σε χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, ασθενείς με ενδοκαρδιακές συσκευές ή ενδοαγγειακούς καθετήρες. Η συνύπαρξη ενδοκαρδίτιδας ταυτόχρονα σε δεξιές και αριστερές κοιλότητες είναι ακόμη πιο σπάνια και όταν συμβαίνει οφείλεται σε μικροοργανισμούς όπως ο *Staphylococcus aureus*. Στην παρούσα εργασία αναφερόμαστε στην κλινική περίπτωση ασθενούς 72 ετών, ο οποίος προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου έως 39οC από πέντε ημερών. Από διμήνου αναφέρεται άλγος στη ράχη κι εμφάνιση δεκατικής πυρετικής κίνησης κατά διαστήματα με συνοδό ρίγος. Πρόκειται για ασθενή ενεργό καπνιστή, με αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσο με CABG2005 (LIMA στον LAD, SVG στην RCA και στον επιχειλίιο της περισπώμενης το 2005 και PCI σε LCX και LM) και νοσηλεία προ τριών μηνών λόγω οξέως στεφανιανίου συνδρόμου όπου σε στεφανιογραφία επί του επεισοδίου πραγματοποιήθηκε νέα αγγειοπλαστική της LCX. Ο ασθενής φέρει πρόσφατη αξονική τομογραφία οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης, έπειτα από σύσταση Ιδιώτη Ορθοπαιδικού Ιατρού, η οποία αναφέρεται σε εικόνα συμβατή με σπονδυλοδισκίτιδα σε Ο5-Π1, Π1-Π2, με παρουσία αποστήματος στον πρόσθιο επισκληρίδιο χώρο διαστάσεων 3-3,5cm και εικόνα φλεγμονής παρασπονδυλικά. Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα εισήχθη στην Παθολογική κλινική για παρακολούθηση και διερεύνηση. Πραγματοποιήθηκε Νευροχειρουργική, Ορθοπαιδική και Νευρολογική εκτίμηση λόγω περιστασιακών αιμωδιών κάτω άκρων

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

που απέκλιναν αλλά υπογράμμισαν τον κίνδυνο για σύνδρομο ιππουριδικής συνδρομής. Έγινε έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής με μεροπενέμη και δαπτομυκίνη έως ολοκλήρωσης των καλλιεργείων αίματος από τις οποίες απομονώθηκε *Corynebacterium Diphtheriae* οπότε και η αγωγή αλλάχθηκε σε σιπροφλοξασίνη και βανκομυκίνη. Κατά το δεύτερο 24/ωρο νοσηλείας του, με εμμένον εμπύρετο αλλά αιμοδυναμικά σταθερός, παρουσίασε θωρακικό άλγος και αλλαγές στην εικόνα του ΗΚΓ με παρουσία κατασπάσεων ST στις απαγωγές I, aVL και V4-6 κι εν συνεχεία εμφάνιση πλήρους ΚΚΑ με αιμοδυναμική αστάθεια. Ετέθη σε ενδοφλέβια έγχυση ισοπρεναλίνης και εισήχθη στη ΜΕΘ για συνέχιση της νοσηλείας και της διερεύνησής του. Διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε υποψία ευκίνητων μορφωμάτων, ένα εντός του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας κι ένα εκφυόμενο από την τριγλώχινια βαλβίδα. Εν συνεχεία και με τη χρήση διουσιόφαγγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος διαπιστώνονται δύο ωοειδείς εκβλάστησεις που προσφύονται στην κοιλιακή επιφάνεια της δεξιάς στεφανιαίας πτυχής και προκαλούν μικρό περιορισμό του στομίου της αορτικής βαλβίδας κι ακόμη, ευμεγέθης εκβλάστηση που προσφύεται στην κοιλιακή επιφάνεια της της διαφραγματικής γλωχίνας της τριγλώχινος βαλβίδας, χωρίς ενδείξεις αποστηματοποίησης. Αμφότεροι οι σχηματισμοί δεν προκαλούν σοβαρή ανεπάρκεια. Έγινε Καρδιοχειρουργική εκτίμηση από την οποία έγινε σύσταση για Χειρουργική αντιμετώπιση έπειτα από την αρνητικοποίηση των καλλιεργείων αίματος και ύφεση του εμπυρέτου. Σταδιακά, με την προσλαμβανόμενη αγωγή, παρατηρήθηκε αποκατάσταση της φυσιολογικής καρδιακής συχνότητας σε φλεβοκομβικό ρυθμό με 1:1 αγωγή, ύφεση εμπυρέτου και αρνητικοποίηση των αιμοκαλλιεργείων. Ωστόσο ο ασθενής εμφάνισε εκ νέου επιδείνωση της κλινικής του εικόνας με παρουσία θωρακικού άλγους και αρχόμενο πνευμονικό οίδημα στα πλαίσια NSTEMI. Συνοδά παρατηρήθηκε σοβαρή επιδείνωση των ανεπαρκειών αορτικής και τριγλώχινος από νέο υπερηχοκαρδιογράφημα. Εισήχθη ξανά στη ΜΕΘ προς διασωλήνωση λόγω της σοβαρής μεταβολικής οξέωσης, ωστόσο λίγες ώρες αργότερα απεβίωσε. Η διάγνωση της ενδοκαρδίτιδος είναι αποτέλεσμα αλληλουχίας κλινικών παρατηρήσεων, εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων. Οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν είναι ποικίλες και εξαρτώνται από τις βαλβίδες που έχουν προσβληθεί. Επιβεβλημένη είναι η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση καθώς η εντόπιση της ενδοκαρδίτιδας και το είδος του μικροοργανισμού που την προκαλεί δεν είναι πάντοτε τυπικά, αυξάνοντας τον κίνδυνο απόκρυψης της διάγνωσης.

ΠΑ153 | DCCV AND STROKE: A CASE TO LEARN FROM**H. Τασούλας¹, Δ. Τασούλας²**¹ ΙΔΙΩΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΑ ΚΑΙ LOCUM CONSULTANT CARDIOLOGIST IN THE UK² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

A 72 year old gentleman was admitted to hospital in the United Kingdom (UK) because of symptoms of gastroenteritis. Fast atrial flutter was detected and medication was given (adenosine 18 mg, and iv metoprolol) but there was no response. The time of onset of atrial flutter was unclear. The next day he had a Transoesophageal Echocardiogram (TOE), which confirmed absence of thrombus in the left atrium (LA). One day later he had a Direct Current

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Cardioversion (DCCV) under general anaesthetic and normal sinus rhythm (SR) was restored. He was seen by a Consultant Cardiologist 2 hours later, "he felt well", he was in SR, he was prescribed Rivaroxaban 20 mg once daily (od) and was planned to be discharged with anticoagulation warfarin or New Oral Anticoagulant (NOAC). Therapeutic enoxaparin was prescribed until oral anticoagulation was to be started. He returned home with appropriate medication (Rivaroxaban 20 mg od and Bisoprolol 5 mg od) but 2 days later he was readmitted to hospital following a collapse. A Large stroke had happened. Complaint and legal proceedings followed. Expert's opinion requested and submitted. What and whose was the mistake? Unfortunately the mistake had happened in the hospital. What we can learn from this case? Caution is needed with NOACs and specific factors should always be taken into consideration. The roles of doctors and pharmacists (clinical pharmacologists) in counselling fully regarding anticoagulation is also crucial.

ΠΑ154 | **Εμφύτευση βηματοδότη χωρίς ηλεκτρόδια σε αιμοκαθαιρόμενο ασθενή με απόφραξη υποκλειδίων φλεβών άμφω**

Δ. Αφενδούλης¹, Μ. Μουτάφη¹, Π. Σιταρας¹, Α. Ρίζος¹, Μ. Διδάγγελος², Μ. Αμπελιωτής¹, Π. Βουτας¹, Σ. Σιδερής³, Α. Καρταλής¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

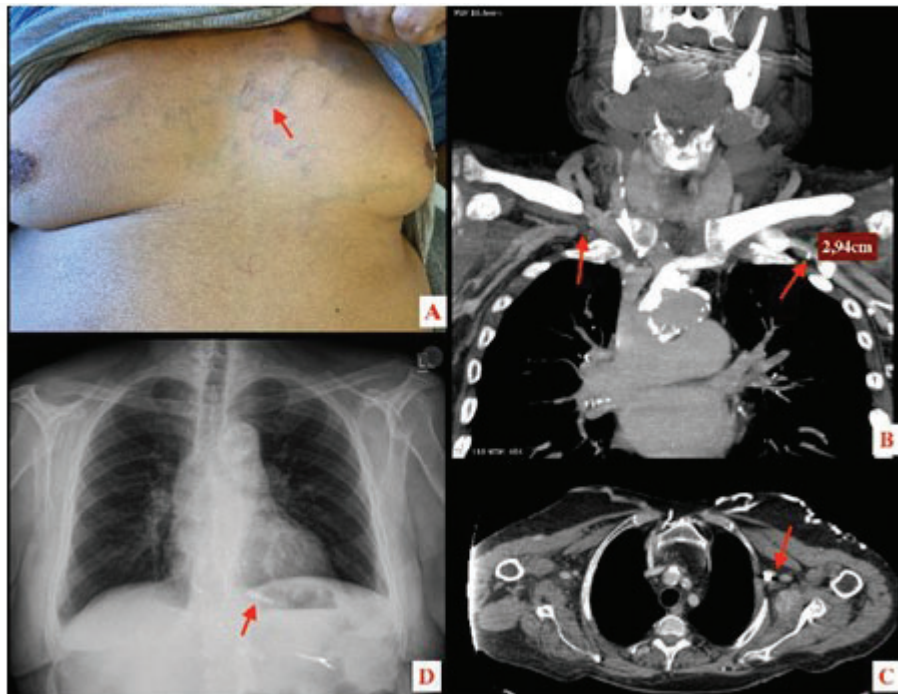
³ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Παρουσίαση περιστατικού: Άντρας ασθενής ηλικίας 75 ετών με ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου υπό αιμοκάθαρση με σακχαρώδη διαβήτη, μόνιμη κολπική μαρμαρυγή, μέτρια στένωση αορτικής βαλβίδας και στεφανιαία νόσο, νοσηλεύθηκε στην κλινική μας λόγω πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Καθώς δεν ανιχνεύθηκαν αναστρέψιμα αίτια αποφασίστηκε η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη. Ο ασθενής είχε ιστορικό απόφραξης της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης από το αριστερό χέρι, και συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας λόγω απόφραξης από προσωρινό κεντρικό φλεβικό καθετήρα αιμοκάθαρσης που είχε αντιμετωπιστεί με διαστολή από αγγειοχειρουργό. Ο ασθενής είχε αρνητικό έλεγχο θρομβοφιλίας. Από την κλινική εξέταση ο ασθενής παρουσίαζε φλεβικούς κίρσους στην θωρακική χώρα. Έτσι, λόγω του ιστορικού τοποθέτησης φλεβικών καθετήρων σε αμφότερες τις υποκλειδίες φλέβες, αποφασίστηκε η διενέργεια αξονικής τομογραφίας άνω άκρων και τραχήλου με iv σκιαγραφικό πριν από την εμφύτευση του διαφλέβιου μόνιμου βηματοδότη. Η εξέταση ανέδειξε την παρουσία κίρσων στις θωρακικές φλέβες και απόφραξη άμφω των υποκλειδίων φλεβών. Δεδομένης της απουσίας φλεβικών οδών πρόσβασης στα άνω άκρα αποφασίστηκε η εμφύτευση ενός Micsra-VVI βηματοδότη χωρίς ηλεκτρόδια. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε ανεπίπλεκτα και ο ασθενής μας παραμένει ασυμπτωματικός μέχρι και σήμερα με καρδιογράφημα που απεικονίζει βηματοδοτικό ρυθμό. Συμπέρασμα: Η εμφύτευση βηματοδότη χωρίς ηλεκτρόδια αποτελεί ενδεδειγμένη επιλογή σε ασθενείς που είναι ανέφικτη η πρόσβαση από τις φλέβες των άνω άκρων. Οι αιμοκαθαιρόμενοι αποτελούν μια τέτοια κατηγορία ασθενών λόγω τοποθέτησης κεντρικών φλεβικών καθετήρων.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



ΠΑ109 | Only Steel can Heal
Retrograde stenting of the left main after double chimney
stenting in TAVR-in-TAVR-in-SAVR

E. Chourdakis¹, Kambis Mashayekhi¹

¹ MEDICLIN Heart Center Lahr Germany

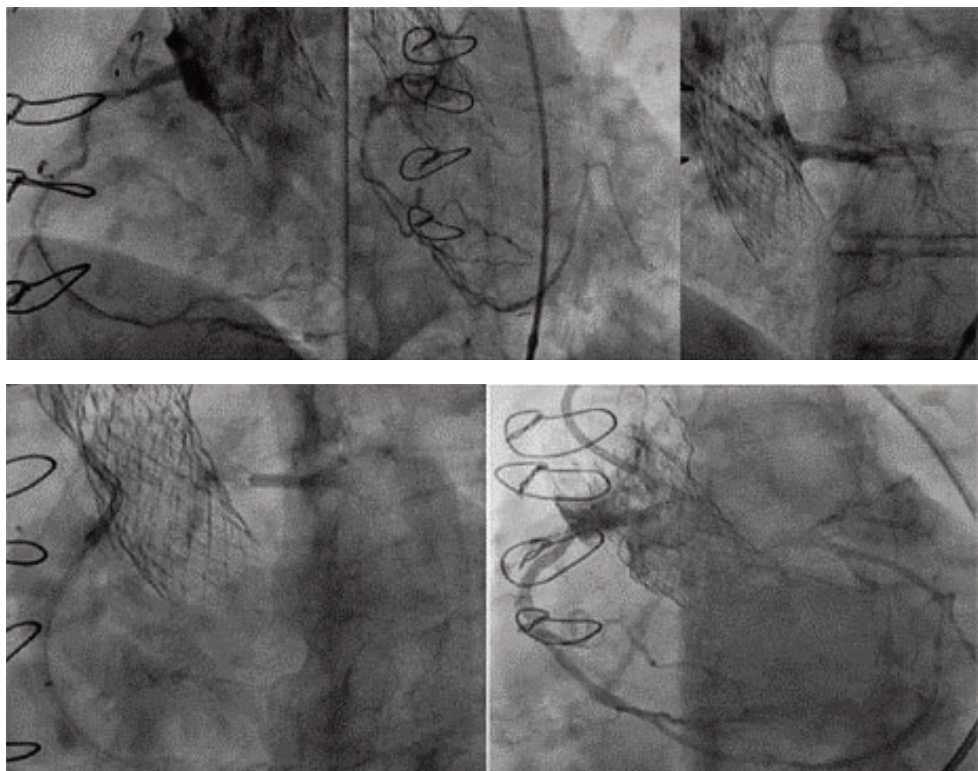
We report an interesting complex percutaneous coronary intervention (PCI) case in an 84 year old male, with typical angina pectoris after previous CABG and coronary double chimney stenting during a transcatheter aortic valve replacement (TAVR) -in-TAVR procedure with double self-expanding transcatheter heart valve (THV) in his degenerated stentless aortic surgical valve bioprosthesis. Learning objectives To describe the difficulties the cardiologist faced, performing such a complex PCI in a case of TAVR in TAVR and previous coronary double chimney stenting. To highlight tips and tricks during procedure, in order to achieve a successful ending. But also to

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II**

underline the role of Multi-Slice Computed Tomography (MSCT) for better understanding and planning such a demanding intervention. History of presentation An 84 year old male admitted with typical crescendo angina pectoris during the last 6 months. The blood test revealed increased creatinine levels of 1.5 mg/dL (133 μmol/L) due to diabetic nephropathy. Past medical history His previous medical history included a CABG with left internal mammary artery (LIMA) to left anterior descending artery (LAD) and T-Graft as jump to first obtuse marginal branch (OM1) and right posterior descending artery (RPDA) combined with AVR (Medtronic Freestyle 23mm stentless valve), 10 years ago. 10 years later the TAVR was performed, because of a degeneration of the aortic bioprosthesis resulting in a severe aortic regurgitation. With respect to the low origin of the coronary ostia from the neo aortic annulus, a coronary protection with stents in place of both ostia was adopted. A double chimney stenting technique was applied after possible partial coronary obstruction accompanied with ventricular fibrillation during the TAVR intervention. Finally, the implantation of a second self-expandable THV was necessary to mitigate a remaining severe aortic regurgitation and high position of the first TAVR implant. Investigation Due to typical angina pectoris, despite the last coronary angiogram with patency of all grafts bevor TAVR- in-TAVR procedure one year ago, we decided to directly perform a transradial coronary angiography. The LIMA to LAD bypass graft was patent with normal flow, but the T-Graft as jump to RPDA and OM1 was occluded. The angiogram demonstrated a diffusely calcified, severely tortuous right coronary artery (RCA) with retrograde collateralization of OM1 via the previous degenerated surgical bypass bridge, showing a subtotal stenosis of the distal left main and ostial left circumflex artery (LCX) via retrograde filling. The left coronary system could not be selective cannulated. Management A transfemoral approach with insertion of a 7 French long sheath in a second stage procedure was chosen. Because of the long stent frame of the two implanted Core Valve bioprosthesis and the double chimney stenting, the engagement of RCA ostium was extremely challenging. After multiple attempts with different 7 French catheters (3 DRC-, IMA-, AR2-, MP 1- catheter) and a guidewire in place, the selective RCA intubation remained impossible. Because of the lack of a 7 French JR4- and MP-catheter in our Cath lab at this moment, an AL catheter was selected as the last option. The preloaded Sion blue guidewire could be advanced into the RCA initially with non-selective 7 French AL 0.75 catheter guide engagement, followed by multiple dilatations with a 1.00 mm Ikazuchi balloon up to a 3.0mm balloon, inchworming a Guidezilla 6 French guide extension catheter to improve our support facilitating stent delivery of 3 overlapping drug eluting stents (3.5 x 33 mm, 3.00 x 38 mm, 2.75 x 28 mm Abbott Xience Pro S) from the proximal to distal segment of RCA, followed by balloon postdilatation with a 3.5 mm non-compliant balloon medial und distal up to 5.0 mm for the ostium. The subtotal stenosis at the RCA crux to RPDA was passed using a Fielder XTA guidewire supported by a caravel microcatheter 150 cm. In the sequel, the above CTO guidewire and microcatheter passed the OM1bifurcation successfully towards the subtotal left main - LCX stenosis through the degenerated surgical bypass bridge between OM1 and RPDA and were left floating in the aorta. Now the LCX was successfully recanalized after multiple retrograde dilatations from the left main to the LCX followed by an implantation of two stents (2.75 mm x 28 mm and 2.5 x 18 mm Abbott Xience Pro S) from the left main to the proximal LCX over the bypass bridge, followed by post-dilatation with a 4.0 mm for the distal left main and a 2.5 mm non-compliant balloon, respectively. A good primary angiographic result with retrograde TIMI grade 3 flow was achieved. Follow up A dual antiplatelet therapy with clopidogrel and aspirin was recommended for 12 months be-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023**ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II**

cause of the long length stent. One day after this complex PCI with extended manipulation at the aortic root, the patient suffered a minor stroke with aphasia, which completely resolved a few days later. To summarize, this is the first complex PCI of RCA, combined with retrograde recanalization of the LCX -OMI through a previously established aortocoronary bypass bridge with retrograde stenting of the left main, using a single coronary access in a patient who underwent coronary double chimney stenting during TAVR-in-TAVR with double selfexpanding THV in a degenerated stentless aortic surgical bioprosthesis. Conclusions The feasibility of CA after a TAVR-in-TAVR intervention will be a significant topic and concern in the future with TAVR procedures shifting more and more to low-risk and younger patients. CA sometimes appears to be impossible after single THV implantation, and much more demanding after redo TAVR procedure. Nonetheless, CA should be pursued after thorough planning in order to perform PCI in case of a progression of coronary artery disease or an acute coronary syndrome. The CA could have been even more complicated than in our cases if it has been preceded by three aortic valve bioprosthesis implantations and coronary double chimney stenting.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

14.00-16.00 Διάλειμμα / Break

16.00-17.00 Προληπτική καρδιολογία

Πρόεδροι: **Γ. Σπυρομήτρος** (Κατερίνη), **Eu. Κουλούρης** (Κοζάνη)

ΠΑ155 | Υπολιπιδαιμική αγωγή και συμμόρφωση σε αυτή 6 μήνες μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο: πρώτα ευρήματα από την πανελλήνια καταγραφή CALLINICUS Hellas Registry

Β. Μπουρατζής², Χ. Καλαντζής¹, Μ. Μάλκοτς⁴, Ι. Λεβέντης⁵, Σ. Δάιος⁶, Δ. Τασούλας⁷, Κ. Παπαθανασίου³, Ι. Δελάκης⁸, Δ. Τσαμούλης⁹, Π. Καλογεράς², Ε. Σαμιώτης³, Α. Λυκούδης¹⁰, Γ. Ζορμπάς¹¹, Ε. Κλάδου¹², Δ. Ζαπαντιώτης³, Γ. Ξύγκα¹¹, Ν. Αργυρίου¹³, Γ. Μανώλης¹⁴, Χ. Μπέτσης¹⁵, Π. Γουνόπουλος¹⁰, Α. Τρίκας¹⁵, Γ. Παννακούλας⁶, Χ. Παπαδόπουλος¹¹, Ε. Ζάχαρης¹⁶, Α. Κωτσάκης⁸, Π. Νταβλούρος¹⁷, Δ. Τζιακάς⁴, Ι. Σκουλαρίγκης⁵, Α. Νάκα², Ι. Κανακάκης¹⁸, Γ. Κοχιαδάκης¹², Χ. Βλαχόπουλος¹³, Λ. Ραλλίδης³

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΛΑΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁶ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

⁹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

¹⁰ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

¹² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

¹³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

¹⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

¹⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

¹⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

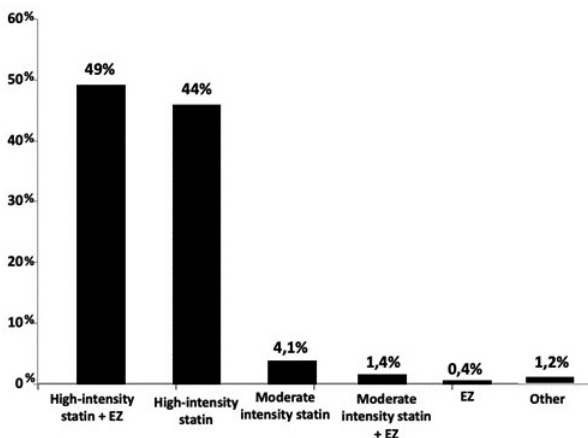
¹⁷ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

¹⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Εισαγωγή-Σκοπός: Η συμμόρφωση των ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) στην υπολιπιδαιμική αγωγή δεν έχει μελετηθεί επαρκώς από σύγχρονες μελέτες στη χώρα μας. Στην παρούσα μελέτη περιγράφονται δεδομένα για την υπολιπιδαιμική αγωγή κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και στους 6 μήνες σε διαδοχικούς ασθενείς της CALLINICUS-Hellas Registry. **Υλικό και Μέθοδος:** Η CALLINICUS-Hellas Registry είναι μια πανελλήνια (15 καρδιολογικές κλινικές από όλη τη χώρα) προοπτική μελέτη παρατήρησης που ερευνά τη συμμόρφωση των ασθενών με ΟΣΣ στην υπολιπιδαιμική αγωγή, την επίτευξη των επιθυμητών στόχων LDL-χοληστερόλης και τα καρδιαγγειακά συμβάντα στους 6 και 24 μήνες μετά το επεισόδιο. Για την παρούσα ανάλυση αξιοποιήθηκαν δεδομένα 1084 ασθενών από την καταγραφή. **Αποτελέσματα:** Προ εισαγωγής υπολιπιδαιμική αγωγή ελάμβανε το 33% (93% στατίνη) των ασθενών. Ο συνηθέστερος τύπος στατίνης ήταν η ατορβαστατίνη (47,6%), ακολουθούμενη από τη ροσουβαστατίνη (30,7%) και τη σιμβαστατίνη (16,6%). Το 61,4% των ασθενών που ελάμβανε υπολιπιδαιμική αγωγή είχε πάνω από 6 μήνες να υποβληθεί σε έλεγχο λιπιδίων. Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο υπολιπιδαιμική αγωγή ελάμβανε το 99%. Ειδικότερα, υψηλή δόση ισχυρής στατίνης ως μονοθεραπεία ελάμβανε το 44%, ενώ συνδυασμό ισχυρής στατίνης με εξετιμίμπη ελάμβανε το 49%. Στην Εικόνα 1 παρουσιάζεται ο τύπος της υπολιπιδαιμικής αγωγής κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Από τους 1084 ασθενείς, 6 μήνες παρακολούθησης συμπλήρωσαν 352 ασθενείς και αυτοί εκλήθησαν για έλεγχο λιπιδίων. Υψηλή δόση ισχυρής στατίνης συνέχιζε να λαμβάνει το 86,6% των ασθενών, ενώ αναστολέα PCSK9 ελάμβαναν μόνο 2 ασθενείς (0,56%). Τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, της LDL-χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων μειώθηκαν σε στατιστικά σημαντικά βαθμό στους 6 μήνες παρακολούθησης (Πίνακας 1) και το στόχο της LDL-χοληστερόλης <5 mg/dL πέτυχαν 152 ασθενείς (43,2%). **Συμπεράσματα:** Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με ΟΣΣ λαμβάνει κατά την έξοδο από το νοσοκομείο υψηλή δόση ισχυρής στατίνης ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με εξετιμίμπη και αυτό είναι ενδεικτικό της καλής κλινικής πρακτικής των καρδιολόγων της χώρας μας. Στη μεσοπρόθεσμη παρακολούθηση η συμμόρφωση με την υπολιπιδαιμική αγωγή φαίνεται να μειώνεται και ο επιθυμητός στόχος της LDL-χοληστερόλης δεν επιτυγχάνεται από σημαντική μερίδα του πληθυσμού.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Λιπίδια	Εισαγωγής (n=352)	6 μήνες μετά την έξοδο (n=352)	p-value
Ολική χοληστερόλη (mg/dL)	182,5 (149-217)	126 (109-145)	<0,05
LDL-χοληστερόλη (mg/dL)	111 (83-142)	58 (47-74)	<0,05
HDL-χοληστερόλη (mg/dL)	42 (35-51)	43 (36-51)	0,826
Τριγλυκερίδια (mg/dL)	119 (89-165)	106 (82-144)	<0,05

Πίνακας 1: Λιπιδαιμικό προφίλ ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο κατά την εισαγωγή και στους 6 μήνες παρακολούθησης.

ΠΑ156 | **Ο τροποποιητικός ρόλος του φύλου στην επίδραση κλινικών παραγόντων κινδύνου στην 20ετή επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου: επιδημιολογική μελέτη Αττική, 2002-2022**

Θ. Κομζιά¹, Ε. Δαμίγου¹, Χ. Χρυσόχου³, Φ. Μπάρκας⁴, Ε. Κραββαρίτη⁵, Χ. Βαφία¹, Ε. Βλαχοπούλου¹, Π. Σ. Αδαμίδης⁵, Γ. Αναστασιού⁵, Ε. Λυμπερόπουλος⁵, Κ. Τσιούφης³, Π. Π. Σφηκάκης⁵, Χ. Πίτσαβος³, Δ. Παναγιωτάκος¹

¹ Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

² Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

³ Α Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁴ Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁵ Α Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο έλεγχος του πιθανού τροποποιητικού ρόλου του φύλου στην επίδραση της δυσλιπιδαιμίας, του σακχαρώδους διαβήτη και της αρτηριακής υπέρτασης στον 20ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο. **Υλικό και μέθοδος:** Την περίοδο 2001-2002 εντάχθηκαν στη μελέτη 1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες (>18 ετών) ελεύθεροι καρδιαγγειακής νόσου, από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Το 2022 πραγματοποιήθηκε ο 20ετής επανέλεγχος της μελέτης σε 2.169 συμμετέχοντες. Η διάγνωση των υπό μελέτη νοσημάτων (δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση και καρδιαγγειακή νόσος) έγινε βάσει των κριτηρίων WHO-ICD-10. **Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της 20ετίας, το 36,1% (n=718) των ατόμων του δείγματος (n=1.988) βίωσαν κάποιο θανατηφόρο ή μη καρδιαγγειακό επεισόδιο (40,2% των ανδρών, 32,1% των γυναικών, p<0,001). Κατά την έναρξη της μελέτης, ο επιπολασμός της δυσλιπιδαιμίας ήταν 40,6% (45,2% στους άνδρες, 36% στις γυναίκες, p<0,001), του σακχαρώδους διαβήτη 6,6% (8,1% στους άνδρες, 5,2% στις γυναίκες, p=0,007) και της αρτηριακής υπέρτασης 30% (37,6% στους άνδρες, 22,6% στις γυναίκες,

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

$p < 0,001$). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση δείχθηκε ότι τα άτομα με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης έχουν 2,62 (95%Διάστημα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ): 1,95, 3,53), 5,79 (95%ΔΕ: 2,82, 11,86) και 1,46 (95%ΔΕ: 1,06, 2,01) φορές μεγαλύτερο 20ετή κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, αντιστοίχως. Σε διαστρωματοποιημένη ανάλυση ανά φύλο, αναδείχθηκε ότι στα άτομα με δυσλιπιδαιμία, ο 20ετής κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στις γυναίκες (Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ) = 4,22, 95%ΔΕ: 2,65, 6,73) σε σύγκριση με τους άνδρες (ΣΚ= 1,78, 95%ΔΕ: 1,20, 2,64) ($p=0,006$). Η ύπαρξη ιστορικού σακχαρώδους διαβήτη βρέθηκε ότι αυξάνει τον 20ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο κατά 9,36 φορές (95%ΔΕ: 2,44, 35,82) στις γυναίκες και κατά 4,45 φορές (95%ΔΕ: 1,89, 10,46) στους άνδρες ($p=0,36$). Αναφορικά με την ύπαρξη ιστορικού υπέρτασης, βρέθηκε ότι ο 20ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι παρόμοιος στους άνδρες (ΣΚ= 1,38, 95%ΔΕ: 0,91, 2,10) και τις γυναίκες (ΣΚ= 1,32, 95%ΔΕ: 0,79, 2,19) ($p=0,889$). **Συμπεράσματα:** Η διαφορετική επίδραση κλασικών κλινικών παραγόντων κινδύνου σε άνδρες και γυναίκες όσον αφορά την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου πιθανά ενισχύει τους προβληματισμούς ως προς την ανάγκη ανάπτυξης ειδικών για το φύλο τόσο στρατηγικών αξιολόγησης του καρδιαγγειακού κινδύνου όσο και θεραπευτικών προσεγγίσεων για τους ασθενείς με παράγοντες κινδύνου, στο πλαίσιο της πρωτογενούς πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου.

ΠΑ157 | **Επίδραση του μαστιχελαίου στα επίπεδα λιπιδίων υγείων εθελοντών με δυσλιπιδαιμία.(Μελέτη MASTIHA-OIL)**

Δ. Αφενδούλης¹, Μ. Αμπελιώτης¹, Μ. Διδάγγελος², Μ. Μουτάφη¹, Π. Βουτας¹, Ι. Σταυρινούδης¹, Ν. Σμυρνούδης¹, Ν. Παπαγιαννης¹, Ν. Καρτάλης¹, Σ. Γαρουφαλής¹, Ε. Μιχαηλίδη¹, Α. Καρτάλης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το μαστιχέλαιο είναι ένα φυσικό προϊόν που παράγεται από την μαστίχα Χίου και διαθέτει αντιοξειδωτικές, αντιμικροβιακές, αντινεοπλασματικές και αντιεγκλωτικές ιδιότητες, καθώς και υπολιπιδαιμική δράση σε μελέτες σε πειραματόζωα. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στην βιβλιογραφία τυχαίοποιημένες μελέτες σχετικά με την υπολιπιδαιμική επίδραση του μαστιχελαίου σε ανθρώπους. Έτσι, σχεδιάστηκε από το κέντρο μας η μελέτη MASTIHA-OIL (ClinicalTrials.govID: NCT05858372), μία τυχαίοποιημένη, προοπτική μελέτη ελέγχου με placebo, για να μελετηθεί η υπολιπιδαιμική δράση του μαστιχελαίου σε υγείς εθελοντές με αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης. **Υλικό/Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 160 ενήλικες υγείς εθελοντές (102 γυναίκες) μέσης ηλικίας 52±9 ετών με ολική χοληστερόλη > 200 mg/dl. Κριτήρια αποκλεισμού αποτελούσαν η λήψη υπολιπιδαιμικής αγωγής και η παρουσία καρδιαγγειακής νόσου. Οι ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν με αναλογία 2:1 σε κάψουλες μαστιχελαίου (200 mg/καψουλά) και εικονικό φάρμακο για 8 εβδομάδες αντίστοιχα. 113 ασθενείς έλαβαν μαστιχέλαιο και 47 εικονικό φάρμακο και η μελέτη ολοκληρώθηκε χωρίς απόσυρση ασθενών. **Αποτελέσματα:** Μετά από 8 εβδομάδες χορήγησης μαστιχελαίου, η ολική και η LDL χοληστερόλη μειώθηκαν στατι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

στικά σημαντικά σε σχέση με το placebo με τιμές 215.2 ± 27.5 έναντι 237.0 ± 27.9 mg/dl ($p < 0.001$) και 135.0 ± 26.1 έναντι 153.0 ± 23.3 mg/dl ($p < 0.001$) αντίστοιχα. Δεν σημειώθηκαν γαστρεντερικές ανεπιθύμητες ενέργειες ή επηρεασμός της ηπατικής/νεφρικής λειτουργίας. Επιπλέον, στην ομάδα του μαστιχελαίου η ολική χοληστερόλη μειώθηκε κατά 20.6 mg/dl (9%), η LDL κατά 18.1 mg/dl (12%), τα τριγλυκερίδια κατά 21.8 mg/dl (15%) και η γλυκόζη κατά 4.6 mg/dl (5%), ενώ η HDL αυξήθηκε κατά 2.4 mg/dl (5%), σε σχέση με τις αρχικές τιμές τους. **Συμπεράσματα:** Η μελέτη MASTIHA-OIL, ανέδειξε με στατιστική σημαντικότητα την αποτελεσματικότητα του μαστιχελαίου στην μείωση της ολικής και της LDL χοληστερόλης σε υγιείς εθελοντές με δυσλιπιδαιμία, χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες. Περισσότερες μελέτες χρειάζονται για να καθιερώσουν το μαστεχέλαιο ως υπολιπιδαιμικό παράγοντα.

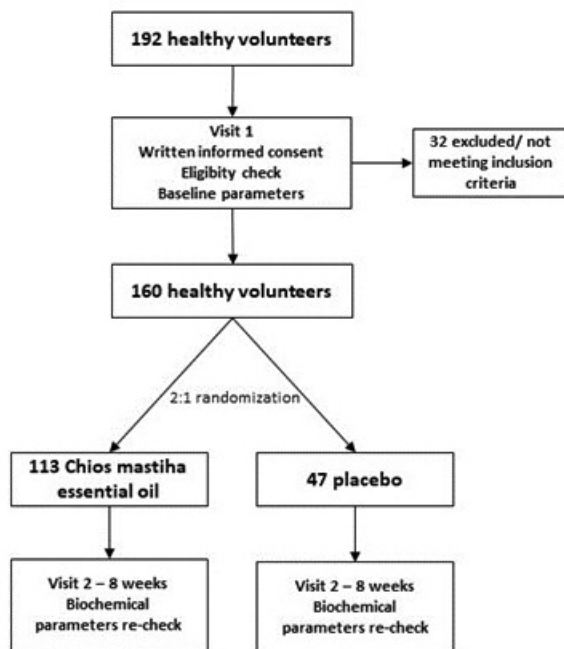
Chios mastiha essential oil for 8 weeks



Total cholesterol



LDL



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ158 | **Ο κίνδυνος υποκλινικής αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και άτομα με θετικότητα αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση**

Π. Καρακάσης¹, Κ. Παμπόρης², Π. Σταχτέας¹, Β. Νεύρας³, Ε. Λευκού¹, Ν. Φραγκάκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

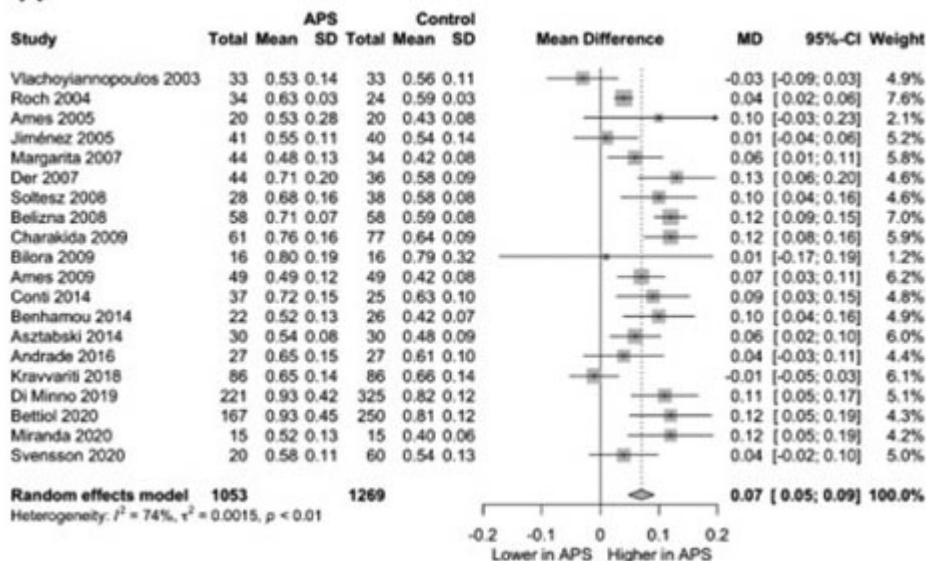
³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Επί του παρόντος, οι κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη της αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο (ΑΦΣ) δεν διαφέρουν ουσιαστικά από αυτές που αφορούν στον γενικό πληθυσμό. Στόχος μας ήταν η αξιολόγηση του κίνδυνου υποκλινικής αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με ΑΦΣ και σε άτομα με θετικότητα αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (ΑΦΑ). Διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μέσω Medline και Scopus μέχρι τον Ιανουάριο του 2023. Πραγματοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις τυχαίων επιδράσεων για να εξεταστούν οι διαφορές στους δείκτες υποκλινικής αθηροσκλήρωσης μεταξύ ασθενών με ΑΦΣ, ατόμων θετικών για ΑΦΑ και υγιών μαρτύρων. Οι ασθενείς με ΑΦΣ είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές έσω-μέσου χιτώνα της κοινής καρωτίδας (CCA) (Μέση διαφορά = 0,07 mm, $p < 0,0001$), της εσω καρωτίδας (Μέση διαφορά = 0,06 mm, $p < 0,01$), του καρωτιδικού διχασμού (Μέση διαφορά = 0,14 mm, $p < 0,01$) και είχαν μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα διάγνωσης αθηρωματικών πλακών σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες (OR=3,73, $p < 0,01$). Ομοίως, οι ασθενείς με ΑΦΣ εμφάνισαν μειωμένη διάταση της βραχιονίου αρτηρίας, τόσο επαγόμενη από τη ροή όσο και από τα νιτρώδη (Μέση διαφορά = -4,52 %; $< 0,01$, Μέση διαφορά = -1,25 %· $p < 0,05$ αντίστοιχα). Ακόμη, συγκρίσιμα ήταν τα αποτελέσματα για άτομα θετικά για ΑΦΑ, τα οποία είχαν υψηλότερο πάχος έσω-μέσου χιτώνα στην κοινή καρωτίδα (Μέση διαφορά = 0,06 mm, $p < 0,01$) και υψηλότερο επιπολασμό αθηρωματικών πλακών (OR= 2,59, $p = 0,08$) σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Η ανάλυση ευαισθησίας που διεξήχθη σε ασθενείς με πρωτοπαθές ΑΦΣ αποκάλυψε ότι ο κίνδυνος αθηροσκλήρωσης σχετίζεται με το ΑΦΣ αυτό καθαυτό και δεν οφείλεται αποκλειστικά σε άλλα υποκείμενα αυτοάνοσα νοσήματα. Συμπερασματικά, οι ασθενείς με ΑΦΣ και τα άτομα με ΑΦΑ έχουν αυξημένο κίνδυνο υποκλινικής αθηροσκλήρωσης και απαιτούν έγκαιρη και ειδική για τη νόσο πρόληψη της αθηροσκλήρωσης.

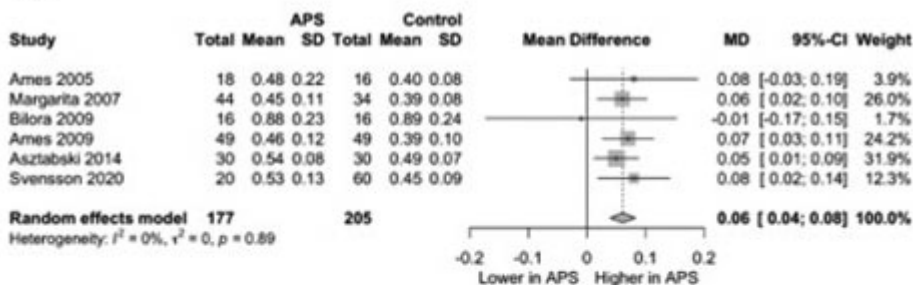
ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

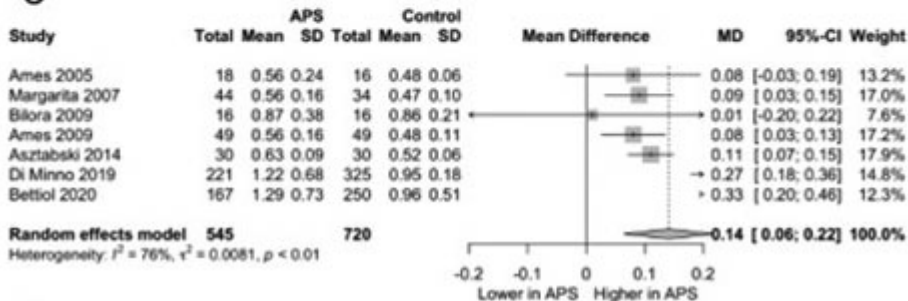
A



B

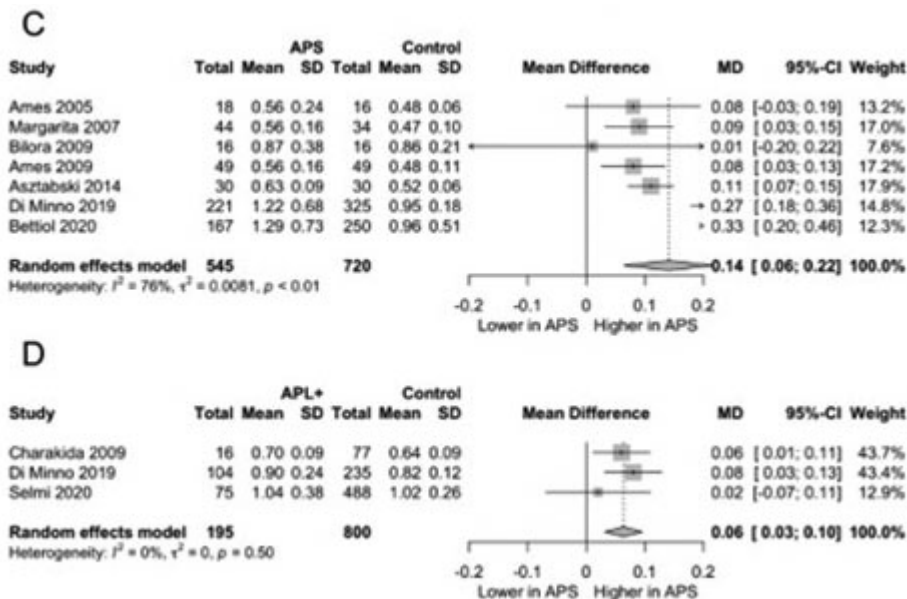


C



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



Εικόνα 1. Forest plots της μέσης διαφοράς του πάχους έσω-μέσου χιτώνα της κοινής καρωτίδας (CCA-IMT) (A), της έσω καρωτίδας (ICA-IMT) (B), του καρωτιδικού διχασμού (BIF-IMT) μεταξύ ασθενών με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και υγιών μαρτύρων (C) και της μέσης διαφοράς του πάχους έσω-μέσου χιτώνα της κοινής καρωτίδας (CCA-IMT) μεταξύ συμμετεχόντων θετικών σε αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα και υγιών μαρτύρων (D).

ΠΑ159 | Η επίδραση της βασισμένης στην ανθρακυκλίνη χημειοθεραπείας στην ενδοθηλιακή λειτουργία και την αρτηριακή σκληρία ασθενών με καρκίνο μαστού

Μ. Αναστασίου¹, Ε. Οικονόμου², Π. Θεοφίλης³, Γ. Α. Παπαμικρούλης², Μ. Γαζούλη⁴, Κ. Καλογεράς², Θ. Πεσιρίδης², Α. Γκολιοπούλου², Α. Παπαθεοδωρίδη⁵, Α. Ψυρρή¹, Φ. Ζαγουρή⁵, Γ. Σιάσος², Δ. Τούσουλης³

¹ Ογκολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

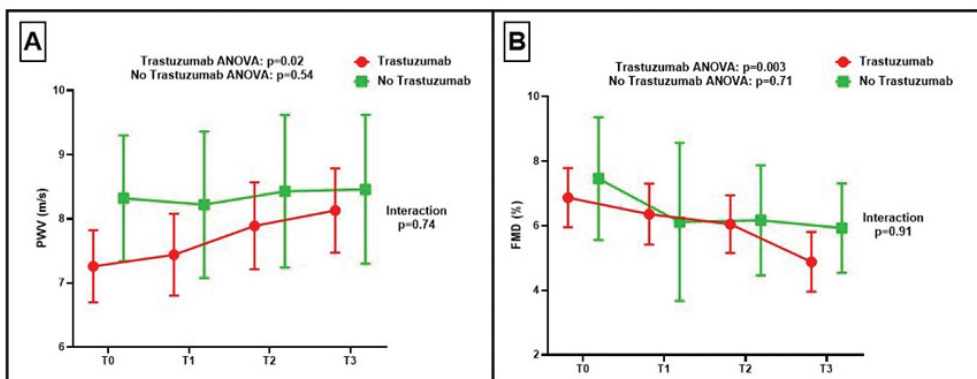
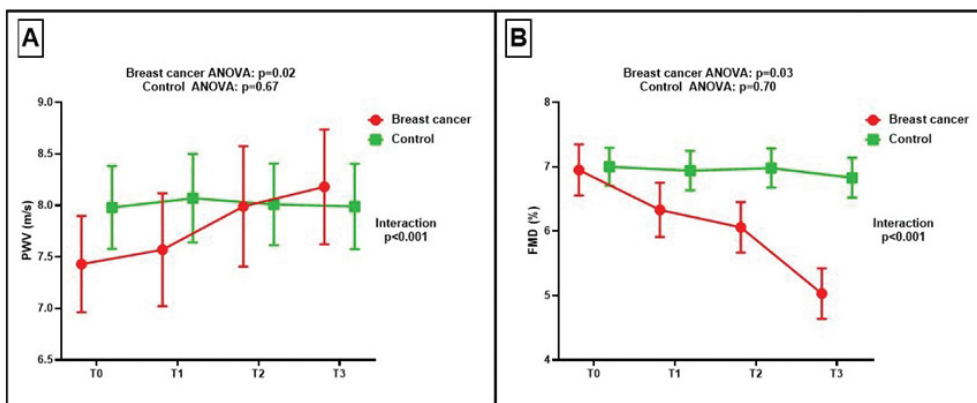
⁴ Εργαστήριο Βιολογίας, Τμήμα Βασικών επιστημών Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Εισαγωγή/Σκοπός: Η καρδιοτοξικότητα αποτελεί σημαντική ανεπιθύμητη ενέργεια της θεραπείας με ανθρακυκλίνες και/ή τραστουζουμάμπη σε ασθενείς με θετικό για τον Ανθρώπινο Επιδερμικό Αυξητικό Παράγοντα 2 (HER2) πρώιμο καρκίνο μαστού. Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και η αρτηριοσκλήρυνση αποτελούν σημαντικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Σε αυτή την μελέτη εξετάσαμε την επίδραση της βασισμένης στην ανθρακυκλίνη χημειοθεραπείας με ή χωρίς τραστουζουμάμπη, στο ενδοθήλιο και την αρτηριοσκλήρυνση σε ασθενείς με καρκίνο μαστού. **Υλικό και μέθοδοι:** Σε αυτή τη μελέτη ασθενών-μαρτύρων, 52 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 104 υγιείς γυναίκες (ομάδα ελέγχου) εξετάστηκαν προοπτικά έως και 15 μήνες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας (στην ομάδα του καρκίνου μαστού). Η αρτηριακή σκληρία μελετήθηκε μέσω της ταχύτητας του σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV), ενώ η ενδοθηλιακή λειτουργία μέσω της εξαρτώμενης από τη ροή αγγειοδιαστολής (flow-mediated dilatation, FMD) κατά την στρατολόγηση (T0), 3 (T1), 6 (T2) και 15 (T3) μήνες αργότερα. **Αποτελέσματα:** Δεν υπήρχε



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

διαφορά σε PWV και FMD μεταξύ της ομάδας καρκίνου μαστού και της ομάδας ελέγχου κατά τη στρατολόγηση. Προοπτικά, οι ασθενείς με καρκίνο μαστού παρουσίασαν σημαντική επιδείνωση του PWV και του FMD συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (p αλληλεπίδρασης < 0.001 και για τις δύο παραμέτρους). Στους ασθενείς με καρκίνο μαστού, υπήρχε μια σημαντική αύξηση στο PWV (7.43 ± 1.68 m/sec vs. 8.18 ± 2.00 m/sec, $p = 0.01$) και σημαντική μείωση στο FMD (6.95 ± 2.86 % vs. 5.03 ± 2.83 %, $p = 0.006$) από το T0 στο T3. Η προσθήκη τραστοζουμάμπης δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στο PWV ($p = 0.74$) ή στο FMD ($p = 0.91$). **Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με καρκίνο μαστού, παρατηρείται επιδείνωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας και της αρτηριοσκλήρυνσης έως και 15 μήνες μετά την έναρξη της βασισμένης στην ανθρακυκλίνη χημειοθεραπείας. Η τραστοζουμάμπη δεν έχει επιπρόσθετη επίδραση στην ενδοθηλιακή λειτουργία ή στην αρτηριακή σκληρία.

ΠΑ160 | **Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τις καρδιαγγειακές επιπλοκές μετά τον εμβολιασμό έναντι της νόσου COVID-19**

Η. Σανίδας¹, Β. Παπαδοπούλου², Θ. Σεργεντανής², Ε. Κορνάρου²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

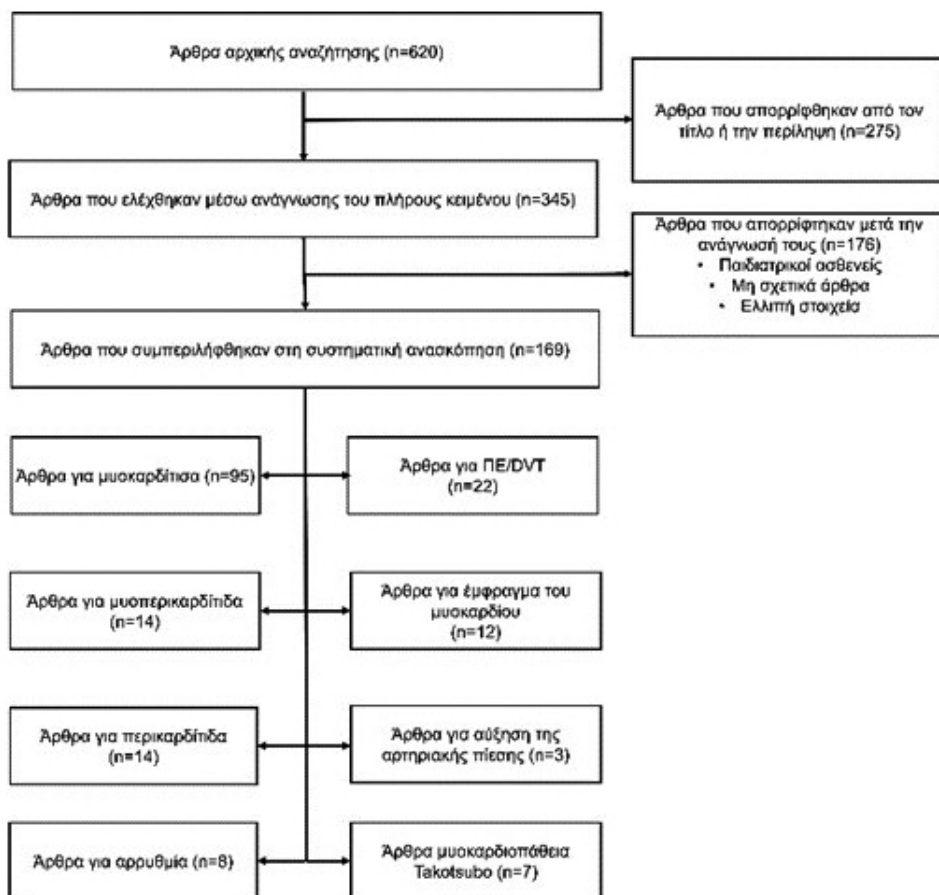
² Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Εισαγωγή/Σκοπός. Η πανδημία COVID-19 οδήγησε στην ταχύτατη δημιουργία νέων εμβολίων με σύγχρονες και καινοτόμες τεχνολογίες, τα οποία και έλαβαν έγκριση και κυκλοφορήσαν στα τέλη του 2020. Εκτιμάται ότι μέχρι σήμερα περίπου το 70% του πληθυσμού παγκοσμίως έχει λάβει τουλάχιστον μία δόση από τα διαθέσιμα εμβόλια. Ωστόσο, κάποιες σποραδικές αναφορές αρχικά και αναδρομικές μελέτες στη συνέχεια έκαναν λόγο για ενδεχόμενες καρδιαγγειακές επιπλοκές και προκάλεσαν ανησυχίες αναφορικά με την ασφάλεια των εμβολίων. Σκοπός αυτής της ανασκόπησης ήταν να αναζητηθούν και να παρατεθούν στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την επίπτωση και πρόγνωση των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών των διαθέσιμων έναντι της COVID-19 εμβολίων στο καρδιαγγειακό σύστημα. **Υλικό και Μέθοδος.** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων στις διεθνείς βάσεις δεδομένων PUBMED, EUROPE PMC και Cohraïne, η οποία διήρκησε τρία έτη συνολικά. Η εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε με τη μέθοδο PRISMA (Εικόνα). **Αποτελέσματα.** Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 169 άρθρα, που περιέγραφαν 3995 περιπτώσεις μυοκαρδίτιδας, 1309 περιπτώσεις περικαρδίτιδας, 45 περιπτώσεις μυοπερικαρδίτιδας, 143 περιπτώσεις θρομβοεμβολικών επεισοδίων (πνευμονική εμβολή, εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση), 78 περιπτώσεις οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, 115 περιπτώσεις υπερτασικής αιχμής, 7 περιπτώσεις μυοκαρδιοπάθειας Takotsubo και 10 περιπτώσεις αρρυθμιών μετά τον εμβολιασμό. Χρονικά η εμφάνιση αυτών των επιπλοκών συνέβη κυρίως μέσα στον πρώτο μήνα μετά από τον εμβολιασμό. Η μυοκαρδίτιδα ήταν η πιο συχνή επιπλοκή των mRNA εμβολίων κυρίως σε νεαρούς άρρενες, ενώ η περικαρδίτιδα ήταν πιο κοινή σε άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας. Τα εμβόλια ανασυνδυασμένων φορέων αδενοϊού συσχετίστηκαν με μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης θρομβοεμβολικών επεισοδίων και οξέος

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

εμφράγματος του μυοκαρδίου. Οι υπερτασικές αιχμές, η μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo και οι αρρυθμίες αποτέλεσαν τις πιο σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολιασμού. Η πλειοψηφία των ασθενών είχε πολύ καλή πρόγνωση με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων τους (Πίνακας). **Συμπεράσματα.** Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές μετά τον εμβολιασμό έναντι της νόσου COVID-19, που έχουν καταγραφεί σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι στατιστικά πολύ σπάνιες, κλινικά ήπιες και στην πλειονότητά τους ακολουθούνται από πλήρη ίαση. Ο εμβολιασμός αντιπροσωπεύει το μόνο μέσο πρόληψης για τον περιορισμό της πανδημίας και την επιστροφή στην κανονικότητα και το συνολικό όφελος που προκύπτει από αυτόν υπερτερεί του κινδύνου εκδήλωσης οποιασδήποτε ανεπιθύμητης ενέργειας.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Καρδιαγγειακή επιπλοκή	Άρθρα (n=169)	Ασθενείς (n= 5702)	Άρρεν φύλο (n= 4160)	Ηλικία (έτη)	Εμβόλιο		Χρόνος από την εμφάνιση των συμπτωμάτων (Ημέρες)
					mRNA εμβόλια	Εμβόλια ανασυνδυασμένων ν φορέων αδενοϊού	
Μυοκαρδίτιδα	95	3995 (70%)	3995 (70%)	31.9±13.6	99%	1%	5±5
Περικαρδίτιδα	14	1309 (22.9%)	1309 (22.9%)	58.8±15.9	91.2%	8.8%	14±16
Μυοπερικαρδίτιδα	14	45 (0.8%)	45 (0.8%)	41.9±19.7	93.2%	6.8%	5±3
Πνευμονική εμβολή/ Εν τω βάθει φθροθρόμβωση	22	143 (2.5%)	143 (2.5%)	53.9±13.4	17.4%	82.6%	17±17
Όζυ έμφραγμα του μυοκαρδίου	12	78 (1.5%)	78 (1.5%)	64.1±16.3	41.6%	58.4%	3±3
Υπερτασική αιχμή	3	115 (2%)	115 (2%)	62.1±16.0	65.3%	34.7%	1-30
Μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo	7	7 (0.1%)	7 (0.1%)	61.9±16.9	71.4%	28.6%	3±2
Αρρυθμία	8	10 (0.2%)	10 (0.2%)	49.9±14.8	100%	-	5±6

ΠΑ161 | Τιμές αναφοράς συνήθων και νέων παραμέτρων καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης υγιών ατόμων στον Ελληνικό πληθυσμό. Μελέτη ενός κέντρου αναφοράς

Δ. Μπενάς¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Δ. Μπίρμπα¹, Α. Φάμπρη¹

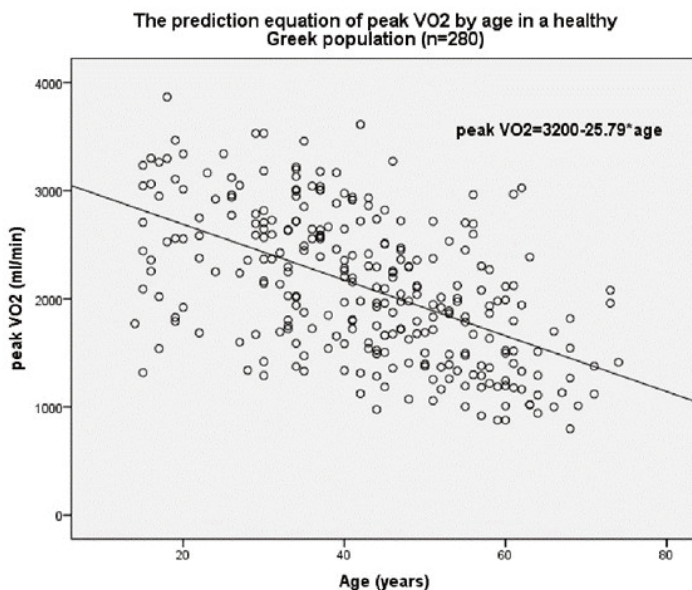
¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η αερόβια ικανότητα για άσκηση αποτελεί δείκτη της φυσικής κατάστασης ενός ατόμου ελέγχοντας τη σωστή λειτουργία και συνεργασία μίας σειράς συστημάτων (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, αιμοποιητικό, μυϊκό, νευρικό) κατά τη διάρκεια της άσκησης σε πάσχοντες από καρδιοαναπνευστικά νοσήματα αλλά και σε φαινομενικά υγιή άτομα πριν από την εκδήλωση της κάποιοι συμβάντος. Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) αξιολογεί τη φυσική κατάσταση του εξεταζόμενου μέσω μιας σειράς παραμέτρων, των αποτελεσμάτων συγκρινόμενων μέχρι τώρα με διεθνείς φυσιολογικές τιμές (Wassermann, Friend). Ως εκ τούτου, η ύπαρξη φυσιολογικών τιμών αναφοράς ανά πληθυσμό κρίνεται αναγκαία. Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή τιμών αναφοράς παραμέτρων της CPET στον υγιή Ελληνικό πληθυσμό. **Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήσαμε 280 υγιή άτομα (43±14 έτη, BMI 26±4, 60% άνδρες), τα οποία υποβλήθηκαν σε CPET σε εργομετρικό ποδήλατο προς εκτίμηση της αερόβιας ικανότητας προς άσκηση. Η εξέταση διεκόπητο κατά την πλήρη αδυναμία του ασθενούς να συνεχίσει περαιτέρω λόγω δυσχέρειας αναπνοής ή κόπωσης κάτω άκρων (symptom-limited exercise). **Αποτελέσματα:** Όλοι οι εξεταζόμενοι υποβλήθηκαν σε CPET ανεπίπλεκτα. Παραθέτουμε ανά παράμετρο την επιτευχθείσα διάμεση τιμή (median) και 25-75 εκατοστημόρια (25-75% IQR): %peak Heart Rate (HR)=95(90-99%), peak Systolic Blood Pressure (SBP)=180(160-190mmHg), Respiratory Exchange Ratio (RER)=1.20(1.12-1.29), peak Oxygen consumption (VO₂)=2.06(1.5-2.6lt/min), %Anaerobic Threshold (AT)=45(37-55%), VE/VCO₂=28(25-31), %Load=89(77-99%), %Oxygen Pulse=90(80-101%), Oxygen Recovery slope=830(592-1080), Breathing Reserve=34(23-43%), Circulatory Power=4541(3586-5546mmHg*ml/kg/min) και Ventilatory Power=6.39(5.4-7.2mmHg). Διαπιστώσαμε ότι 24/280 (9%) εξεταζόμενοι εμφάνισαν υπερτασική απάντηση

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

(BP>200mmHg). Ως προς το %peak VO₂, οι εξεταζόμενοι επέτυχαν το 88(78-97%) βάσει εξίσωσης Wassermann και 94(83-106%) βάσει εξίσωσης Friend. Τέλος, αναδείξαμε τη συσχέτιση του peak VO₂ με το βάρος ($r=-0.56$, $p<0.001$) και την ηλικία ($r=-0.54$, $p<0.001$) αλλά και την προγνωστική (βάσει ηλικίας) συνάρτηση $\text{peak VO}_2=3200-25.79*\text{ηλικία ml/min}$ για το σύνολο του πληθυσμού. **Συμπεράσματα:** Η ύπαρξη τιμών αναφοράς των παραμέτρων CPET θα βοηθήσει στην καλύτερη αξιολόγηση των Ελλήνων ασθενών με καρδιαγγειακά/αναπνευστικά νοσήματα (βαρύτητα νόσου, πρόγνωση, βελτίωση μετά τη θεραπεία) αλλά και των υγιών ατόμων πριν από την εμφάνιση ενός καρδιαγγειακού συμβάντος.



ΠΑ162 | Σύγκριση της συσχέτισης μη επεμβατικών δεικτών λιπώδους διήθησης ήπατος με την παρουσία αγγειακής βλάβης και την επίπτωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων

Σ. Αθανασόπουλος¹, Γ. Μαυραγάνης¹, Χ. Κωνσταντάκη¹, Δ. Δεληαλής¹, Ρ. Πάτρας¹, Ι. Πετρόπουλος¹, Μ. Δημοπούλου¹, Μ. Γιατζόγλου¹, Α. Σιάνης¹, Δ. Μπαμπατσιάς¹, Ε. Οικονόμου¹, Γ. Ζέρβας¹, Α. Μητράκου¹, Σ. Κωνσταντίνος², Κ. Σταματελόπουλος¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² University of Heidelberg, Heidelberg, Germany

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) και ειδικότερα η προχωρημένη ηπατική ίνωση σχετίζεται με τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ). Ο σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει τις διαφορές μεταξύ των διαθέσιμων μη επεμβατικών δεικτών ΜΑΛΝΗ ως προς τις συσχετίσεις τους με δείκτες υποκλινικής καρδιαγγειακής βλάβης και την επίπτωση ανεπιθύμητων συμβαμάτων σε ασθενείς με ΜΑΛΝΗ. **Υλικό/Μέθοδος:** Πρόκειται για μία συνεχιζόμενη μελέτη κοορτής για την εκτίμηση και την πρόληψη και παρακολούθηση ΚΑΝ, με μακροχρόνια στρατολόγηση (2008-2011, 2013-σήμερα, Athens Cardiometabolic Registry). Η μελέτη συμπεριέλαβε συμμετέχοντες χωρίς κλινικά εμφανή ΚΑΝ και ασθενείς με χρόνια στεφανιαία νόσο (ΣΝ), 1720 στο σύνολο, από τους οποίους 842 παρακολούθησαν ως 74 μήνες για εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Μελετήθηκαν αναδρομικά οι μη επεμβατικοί δείκτες ΜΑΛΝΗ για συσχέτιση με δείκτες υποκλινικής αθηρωματικής νόσου και με την επίπτωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Σε όλες τις αναλύσεις πραγματοποιήθηκε στράθμιση για ηλικία, φύλο, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη, κάπνισμα. **Αποτελέσματα:** Ο Fatty Liver Index (FLI) συσχετίστηκε με την αρτηριακή σκληρία όπως αυτή εκτιμήθηκε με την ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity (PWV) (coefficient 0.32 (95% CI 0.15, 0.49), $p < 0.001$) αλλά όχι με δείκτες υποκλινικής αθηρωμάτωσης. Αντίθετα, αυξημένες τιμές του fibrosis-4 (FIB-4) > 2.67 συσχετίστηκαν τόσο με την έκταση της καρωτιδικής αθηρωμάτωσης [μέγιστο πάχος τοιχώματος (maxWT) (coefficient (95% CI): 0.22 (0.05, 0.39), $p = 0.011$) και μέσο μέγιστο πάχος του καρωτιδικού τοιχώματος (Avg.maxWT) ≥ 1.39 mm (OR (95% CI): 1.83 (1.09, 3.09), $p = 0.023$)] όσο και με την αρτηριακή σκληρία [PWV ≥ 10 m/s (OR (95% CI): 1.86 (1.03, 3.36), $p = 0.04$)]. Το NAFLD fibrosis score (NFS) συσχετίστηκε με την έκταση της καρωτιδικής αθηρωμάτωσης (αριθμός καρωτιδικών πλακών (coefficient (95% CI): 0.81 (0.40, 1.22), $p < 0.001$), Avg.maxWT (coefficient 0.20 (0.09, 0.32), $p = 0.00$) για NFS > 0.675) αλλά όχι με την PWV. Τέλος, αυξημένες τιμές FIB-4 (> 2.67) συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακό θάνατο, OEM ή στεφανιαία επαναγγείωση (Hazard ratio (95% CI): 2.00 (1.12, 3.55), $p = 0.019$). **Συμπεράσματα:** Σε ένα πληθυσμό συμμετεχόντων ποικίλλου καρδιαγγειακού κινδύνου, από τους τρεις μη επεμβατικούς δείκτες ΜΑΛΝΗ που συγκρίθηκαν, ο FIB-4 ήταν ο μόνος που συσχετίστηκε με δείκτες που αντανακλούν τόσο αθηρωματική νόσο όσο και αυξημένη αρτηριακή σκληρία, καθώς και με καρδιαγγειακά συμβαμάτα. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν τη περαιτέρω διερεύνηση του FIB-4 ως βιοδείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου σε αυτό τον πληθυσμό.

ΠΑ163 | **Cardiac autonomic dysfunction in obese children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of the literature**

Γ. Παπαδόπουλος¹, Φ. Μπαλωμένου¹, Θ. Κωλέττης¹

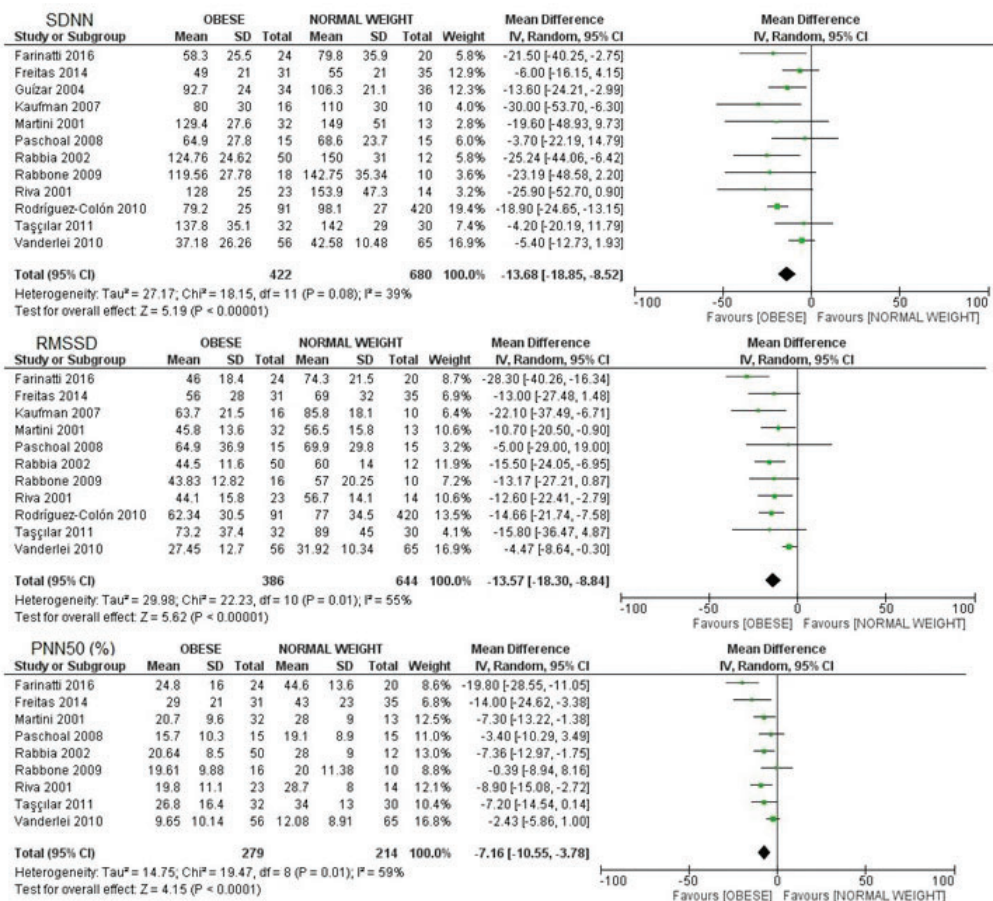
¹ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Background/Purpose: Childhood and adolescent obesity are common health issues, as they affect a large population. Obesity in those ages is associated with adult obesity and, consequently, with increased cardiometabolic risk. Autonomic nervous system impairment, as assessed by reduced heart rate variability, has been established as a major prognostic factor. This study aims

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

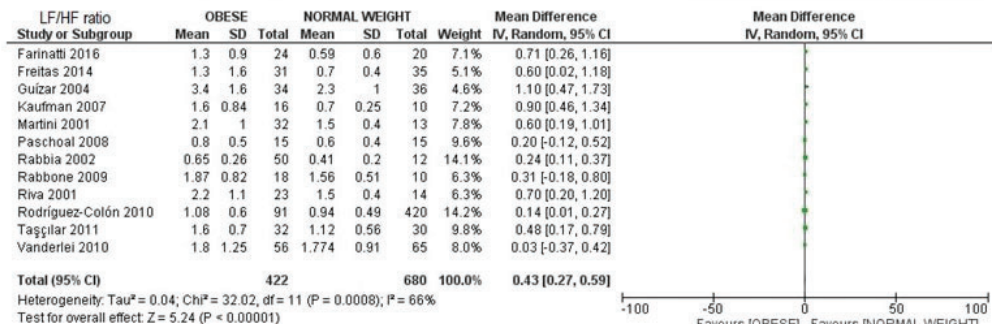
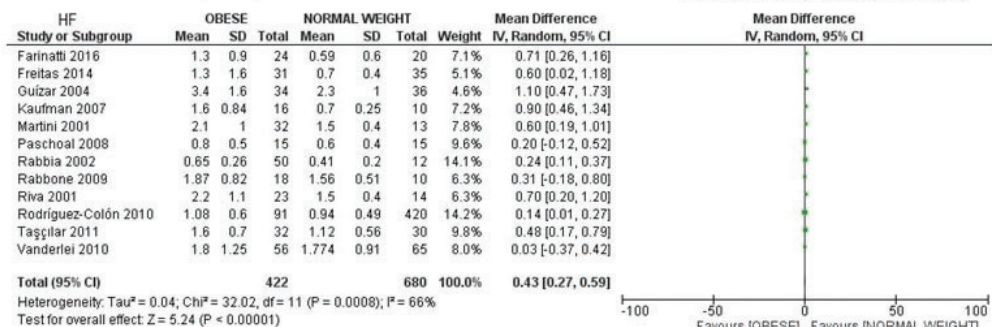
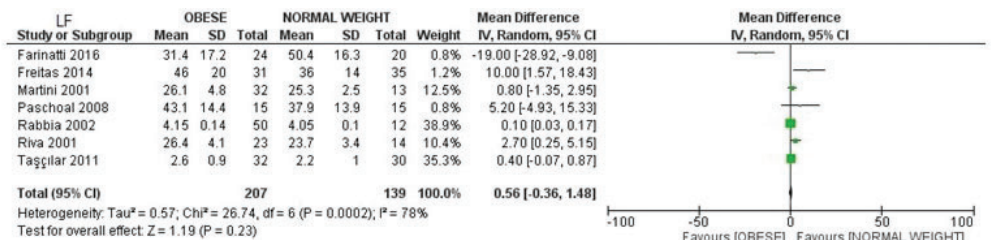
to reveal the autonomic nervous system activity in obese versus normal-weight children and adolescents. **Materials and Methods:** We conducted a systematic review and meta-analysis of the published studies reporting time and frequency domain variables of heart rate variability- SDNN, RMSSD, PNN50, LF, HF, LF/HF ratio- in obese and normal-weight people aged 5-18 years. This study's protocol was prospectively registered in PROSPERO (CRD42023432583). Eligible papers consisted of observational, cross-sectional studies and registries with children and adolescents aged 5-18 years old divided into two groups of normal weight (BMI <5th percentile) or obese (BMI >95th percentile) and comparing heart rate variability between the two groups. **Results:** We included 12 studies, with a total cohort of 1102 children and adolescents. The obese



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

group showed a statically significant reduction in time domain variables compared to the control group- mean difference of SDNN -13.68ms [-18.85, -8.52] ($p < 0.0001$), of RMSSD -13.57ms [-18.30, -8.84] ($p < 0.0001$) and of PNN50(%) -7.16ms [-10.55, -3.78] ($p < 0.0001$) (Figure 1). Frequency domain analysis revealed a statically significant reduction of HF -1.91 n.u. [-3.47, -0.34] ($p: 0.02$) in obese group, while LF/HF ratio was higher in the normal weight group 0.43 [0.27, 0.59] ($p < 0.0001$) (Figure 2). **Conclusions:** Obese children and adolescents are at higher cardiometabolic risk compared to normal weight, depending on the autonomic impairment, mainly, referring to the parasympathetic nervous system, reported in this group. Further studies are needed to evaluate the applicability of heart rate variability as a prognostic factor in obesity.



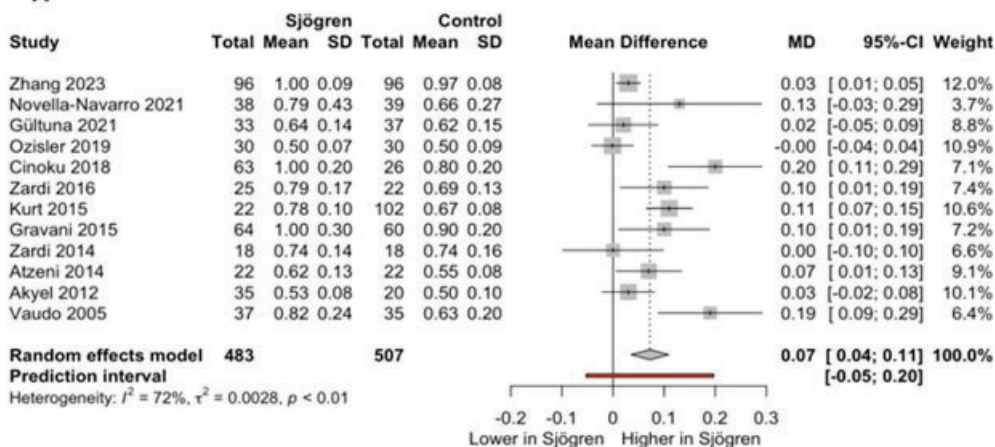
ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ164 | **Ο κίνδυνος υποκλινικής αθηροσκλήρωσης στο πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση****Π. Καρακάσης¹, Κ. Παμπόρης², Δ. Πατούλιας^{1,4}, Π. Σταχτέας¹, Ε. Λευκού¹, Β. Νεύρας³, Θ. Δημητρούλας¹, Ν. Φραγκάκης¹**¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ⁴ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Οι κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και τη διαχείριση της αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με σύνδρομο Sjogren (SS) δεν διαφοροποιούνται από αυτές που αφορούν τον γενικό πληθυσμό. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση είχε ως στόχο να συνοψίσει τα στοιχεία από πρωτογενείς μελέτες που αξιόλογησαν τον κίνδυνο υποκλινικής αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με πρωτοπαθή ΣΣ (pSS). Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε μέσω των Medline (vis PubMed), Scopus και Epistemonikos μέχρι τον Ιούνιο του 2023. Κατάλληλες μελέτες ήταν οι τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές και μελέτες παρατήρησης που συνέκριναν δείκτες υποκλινικής αθηροσκλήρωσης μεταξύ ασθενών με pSS και υγιών μαρτύρων. Τα μοντέλα τυχαίων επιδράσεων DerSimonian-Laird χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό των συνολικών επιδράσεων. Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 19 μελέτες παρατήρησης που συμπεριέλαβαν 1625 συμμετέχοντες. Σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, οι ασθενείς με pSS είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές πάχους έσω μέσου καρωτίδας ή μηριαίου (cfIMT) (MD = 0,07 mm, 95% CI = [0,04, 0,11], p < 0,001) και διαγνώστηκαν πιο συχνά με αθηροσκληρωτικές πλάκες (OR = 1,9, 95% CI = [1,32 έως 2,74], p < 0,001). Ομοίως, οι ασθενείς με pSS εμφάνισαν μειωμένη εξαρτώμενη από τη ροή και διαμεσολαβούμενη από νιτρώδη

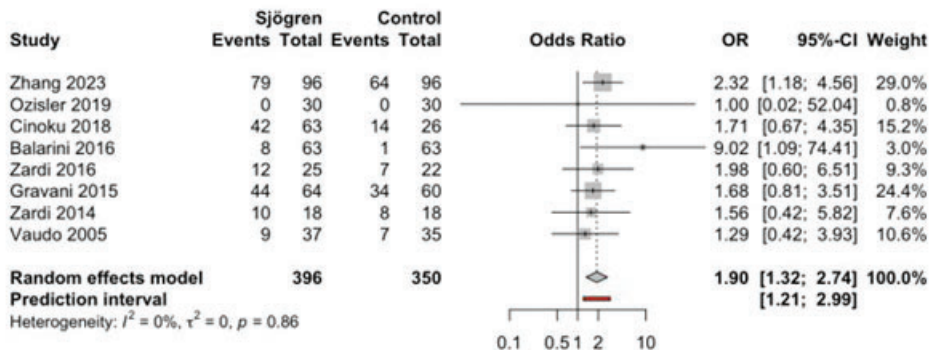
A



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

B



Σχήμα 1. Forest plots του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων-μηνιαίων αρτηριών (cfIMT) (A) και του επιπολασμού καρωτιδικών ή μηνιαίων πλακών (B) σε ασθενείς με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren έναντι των υγιών μαρτύρων.

MD, μέση διαφορά; OR, λόγος σχετικών πιθανοτήτων; CI, διάστημα εμπιστοσύνης; SD, τυπική απόκλιση

αγγειοδιαστολή (MD = -2,48%, 95% CI = [-4,57 έως -0,39], $p = 0,02$, MD = -2,11%, 95% CI = [-3,22 έως -1,01], $p < 0,001$, αντίστοιχα). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν για την ταχύτητα παλμικού κύματος (MD = 0,7 m/s, 95% CI = [0,36 έως 1,05], $p < 0,001$) και τον σφυρο-βραχιόνιο δείκτη (OR = 5,78, 95% CI = [2,23 έως 14,99], $p = 0,003$). Με βάση τις αναλύσεις μετα-παλίνδρομης, μόνο η διάρκεια της νόσου και ο ρυθμός καθίζησης των ερυθροκυττάρων συσχετίστηκαν θετικά και σημαντικά με υψηλότερες τιμές cfIMT. **Συμπέρασμα:** Οι ασθενείς με pSS έχουν αυξημένο κίνδυνο υποκλινικής αθηροσκλήρωσης σε σύγκριση με υγιή πληθυσμό και επομένως θα πρέπει να λάβουν έγκαιρη και ειδική για τη νόσο παρέμβαση. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για πιο ακριβή διαχείριση του καρδιαγγειακού κινδύνου στο SS.

ΠΑ165 | Χρήση DOACs ή Βαρφαρίνης σε νοσηρώς παχύσαρκους ασθενείς (ΔΜΣ > 40 kg/m²) σε αντιπηκτική θεραπεία; Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Μ. Σαγρης¹, Ν. Κτενόπουλος¹, Κ. Παμπόρης¹, Κ. Τσιούφης¹, Δ. Τούσουλης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες έχουν συστήσουν να μην χρησιμοποιούνται νεότερα αντιπηκτικά (DOAC) σε νοσηρόνους παχύσαρκους ασθενείς (ΔΜΣ > kg/m²), υποδεικνύοντας τη βαρφαρίνη ως θεραπεία πρώτης γραμμής. **Σκοπός:** Στόχος μας ήταν η συστη-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ματική ανασκόπηση και εξέταση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των DOACs σε σύγκριση με τη βαρφαρίνη σε ασθενείς με ΔΜΣ> kg/m² και κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) ή φλεβική θρομβοεμβολή (ΦΘΕ). **Μέθοδοι:** Αυτή η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA. Αναζητήσαμε συστηματικά τις βάσεις δεδομένων PubMed, SCOPUS και Cochrane από την έναρξή τους έως τις 23 Φεβρουαρίου 2023, για μελέτες που συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των DOAC και της Βαρφαρίνης σε εξαιρετικά παχύσαρκους ασθενείς. Αναλύσαμε τη θνησιμότητα, μείζονα και ελάσσονα αιμορραγία, εγκεφαλικό/συστηματική εμβολή, ΦΘΕ και το σύνθετο τελικό σημείο (εγκεφαλικό επεισόδιο, συστηματική εμβολή, έμφραγμα του μυοκαρδίου ή θνησιμότητα από οποιοδήποτε αίτιο) χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο τυχαίας επίδρασης. **Αποτελέσματα:** Η μετα-ανάλυση περιελάμβανε 16 μελέτες και 114.017 νοσηρώς παχύσαρκους ασθενείς με ΚΜ ή ΦΘΕ σε από του στόματος αντιπηκτική θεραπεία (48.937 σε DOACs έναντι 65.080 σε βαρφαρίνη). Η χρήση DOAC συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερη θνησιμότητα από κάθε αιτία καθώς και μείζονα ποσοστά αιμορραγίας σε σύγκριση με την ομάδα της βαρφαρίνης [αναλογία κινδύνου= 0,66; 95% διάστημα εμπιστοσύνης: 0,53, 0,81; p = 0,03; I² = 60%, RR: 0,78 (95% CI: 0,6-1,01, I² = 85%)]. Αν και τα ποσοστά σύνθετου καταληκτικού σημείου, εγκεφαλικού επεισοδίου/SE και VTE ήταν χαμηλότερα στην ομάδα DOAC, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά [RR: 0,88 (95% CI: 0,7-1,11, I² = 86%), RR: 0,92; (95% CI: 0,63-1,35, I² = 86%), RR: 0,78; (95% CI: 0,49-1,23, I² = 90%)], υποδηλώνοντας μη υπεροχή της βαρφαρίνης σε σύγκριση με τη χρήση DOAC. Τα ποσοστά ελαφρών αιμορραγικών επεισοδίων, αιμορραγικού εγκεφαλικού και ισχαιμικού εγκεφαλικού ήταν χαμηλότερα στο DOAC σε σύγκριση με τις ομάδες βαρφαρίνης [RR: 0,81 (95% CI: 0,57-1,15, I² = 80%), RR: 0,56 (95% CI: 0,26 -1,21, I² = 87%), RR: 0,87; (95% CI: 0,6-1,24, I² = 81%)]. Η ίδια τάση που ευνοούσε τα DOAC έναντι της βαρφαρίνης σε όλα τα αξιολογηθέντα τελικά σημεία παρατηρήθηκε και στην ανάλυση υποομάδας όταν τα αποτελέσματα προσαρμόστηκαν για την αντιπηκτική ένδειξη (ΚΜ ή ΦΘΕ). **Συμπεράσματα:** Τα ευρήματά μας είναι υψίστης σημασίας υποδεικνύοντας, πρώτον, τη μη υπεροχή της βαρφαρίνης σε σύγκριση με τη χρήση DOAC και, δεύτερον, ένα σημαντικά καλύτερο προφίλ των DOAC όσον αφορά την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα σε νοσηγόνους παχύσαρκους ασθενείς με ΔΜΣ> kg/m² σε όλα τα αξιολογούμενα τελικά σημεία. Τα ευρήματα μπορεί να βοηθήσουν στην προσπάθεια ενίσχυσης των επερχόμενων συστάσεων για τη διαχείριση αυτής της υποομάδας.

ΠΑ166 | Διατροφικές συνήθειες σε ασθενείς νοσηλευόμενους λόγω Κολπικής Μαρμαρυγής, με έμφαση στην Μεσογειακή Δίαιτα

**A. Δαμέλου¹, E. Στόφα², E. Αλεξίου¹, I. Σεραφετινίδης¹,
X. Κρατσαγκώνης¹, A. Γκρούτσης¹, N. T. Βασιλάκου², X. Χασικίδης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής - Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

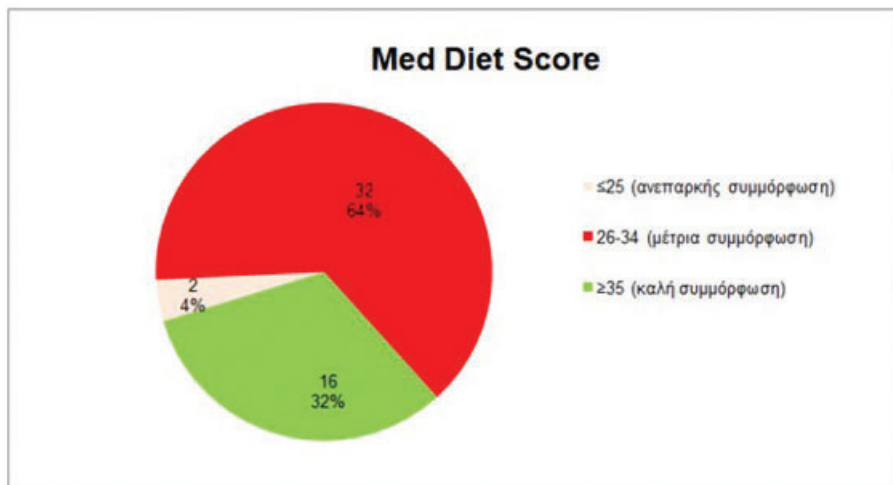
Εισαγωγή – Σκοπός: Η Μεσογειακή Δίαιτα (ΜΔ) έχει σαφώς βιβλιογραφικά συσχετισθεί με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης Καρδιαγγειακών Νοσημάτων - συμπεριλαμβανομένης της Κολπικής Μαρμαρυγής (ΚΜ) - αλλά και με σημαντικά μειωμένη καρδιαγγειακή και ολική θνητό-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

τητα. Πολλαπλοί και ποικίλοι φυσιολογικοί μηχανισμοί, όπως αντιοξειδωτικοί, κυτταροπροστατευτικοί, αντιφλεγμονώδεις, κα, έχουν περιγραφεί σε σχέση με τις ευεργετικές δράσεις της ΜΔ. Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η ανάδειξη των διατροφικών συνηθειών των ασθενών που νοσηλεύονται λόγω ΚΜ, ειδικότερα ο βαθμός συμμόρφωσης με την ΜΔ, καθώς και πιθανές συσχετίσεις αυτών με επιδημιολογικές, κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί θέμα Μεταπτυχιακής Εργασίας στη Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Υλικό - Μέθοδος: Συμμετείχαν στην μελέτη 50 διαδοχικοί ασθενείς (54% γυναίκες) που νοσηλεύθηκαν λόγω ΚΜ στο Νοσοκομείο Κορίνθου κατά την χρονική περίοδο από 01/07/22 έως 30/09/22. Καταγράφηκαν στοιχεία από το ιατρικό ιστορικό (με έμφαση στην παρουσία συννοσηροτήτων), την κλινική εξέταση, τα εργαστηριακά και απεικονιστικά - υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα. Οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών αξιολογήθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου αυτοσυμπλήρωσης 11 παραμέτρων Mediterranean Diet Score (MedDietScore). Τιμές score ≤ 25 συσχετίζονται με μειωμένη συμμόρφωση στην ΜΔ, τιμές 26-34 με μέτρια συμμόρφωση, ενώ τιμές ≥ 35 με υψηλή συμμόρφωση στην ΜΔ. **Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή του MedDietScore υπολογίσθηκε στο 32.34, που αντιστοιχεί σε μέτρια συμμόρφωση στην ΜΔ. Η ανάλυση συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών - ομάδων τροφών, ανέδειξε πολύ καλή συμμόρφωση των ασθενών στην κατανάλωση ελαιόλαδου σε αντίθεση με την πολύ περιορισμένη κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης και οσπρίων. Κατά την καταγραφή επιδημιολογικών και κλινικών χαρακτηριστικών, σημαντικό αναδείχθηκε το ποσοστό υπέρβαρων (40%) και παχύσαρκων (32%) ασθενών. Παράλληλα, εξαιρετικά χαμηλό ήταν και το ποσοστό των ασθενών που ασκούσαν συστηματικά (20%). Ως παράγοντας αντίστροφης συσχέτισης με την συμμόρφωση στην ΜΔ, αναδείχθηκε το κάπνισμα, με τους μη καπνίζοντες να επιτυγχάνουν υψηλότερα scores υιοθέτησης της ΜΔ. **Συμπεράσματα:** Παρά τα τεκμηριωμένα



Διάγραμμα: Κατάταξη βαθμολογιών MedDietScore – Επίπεδο συμμόρφωσης

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

οφέλη της ΜΔ, αλλά και το γεγονός ότι η χώρα μας αποτέλεσε πριν κάποιες δεκαετίες βασικό χώρο ανάπτυξης και υιοθέτησης της ΜΔ, η συμμόρφωση των ασθενών με ΚΜ καταγράφεται ως υποβέλτιστη. Η αλλαγή διαχρονικά των διατροφικών συνθηκών, μέσω κυρίως της προτίμησης στον «Δυτικό» τρόπο διατροφής πιθανώς ελλοχεύει κινδύνους για την ήδη επιβαρυνόμενη υγεία των ασθενών με ΚΜ. Συντονισμένες κινήσεις ενημέρωσης για τις ευεργετικές δράσεις της ΜΔ κρίνονται απαραίτητες.

Συστατικό	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Δημητριακά ολικής άλεσης	0	5	0,56	1,03
Πατάτες	0	5	2,22	1,09
Φρούτα	0	5	2,56	1,16
Λαχανικά	0	5	2,20	1,19
Όσπρια	0	3	1,66	0,66
Ψάρια	1	4	1,88	0,63
Κόκκινο κρέας	0	5	4,14	0,99
Πουλερικά	1	5	4,20	1,14
Γαλακτοκομικά με πλήρη λιπαρά	0	5	4,08	1,40
Ελαιόλαδο	3	5	4,66	0,69
Αλκοόλ	0	5	4,16	1,54

Πίνακας: Επιμέρους βαθμολογία MedDietScore

ΠΑ167 | MORTALITY IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH COVID-19 ACCORDING TO CARDIORESPIRATORY FITNESS

A. Pittaras¹, C. Faselis², C. Grassos³, M. Doumas², K. Kyfnidis⁴, E. Kallistratos⁴, N. Kouremenos⁴, C. Kapsokoli⁵, M. Papavasileiou⁶, A. Manolis⁴, P. Kokkinos²

¹ MEDITON MEDICAL CENTER, VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA

² VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁵ MEDITON MEDICAL CENTER

⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Objective: COVID-19 mortality risk increases with the presence of underlying comorbidities, including hypertension. Epidemiologic evidence also suggests an inverse association between self-reported physical activity and COVID-19 cases and deaths. However, no information exists regarding the association between cardiorespiratory fitness (CRF) assessed objectively by a standardized exercise treadmill test (ETT) and mortality in hypertensive patients. We assessed the hypothesis that CRF is inversely and independently associated with COVID-19 mortality risk in non-vaccinated hypertensive patients **Design and method:** From 2020 to 2021, we identified 17,358 hypertensive patients (mean age: 60.3 ± 8.2 years) with a normal response to an exercise tolerance test (ETT), prior to COVID-19. We established five CRF categories based on age-stratified quintiles of peak metabolic equivalents (MET) achieved: LeastFit (4.7 ± 1.2 METs; n = 3,486); Low-Fit (7.1 ± 1.3; n = 4,616); Moderate-Fit (8.4 ± 1.3 METs; n = 3,320); Fit (10.3 ± 0.9 METs; n = 4,084); and High-Fit (12.8 ± 1.6 METs; n = 1,852). Multivariable Cox proportional hazard models were constructed to estimate hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals [CI] for mortality across CRF categories. The models were adjusted for age, gender, race, comorbidities, medications, hospitalization, intubation, and time elapsed between ETT and COVID-19. The Least-Fit category was used as the reference group. **Results:** During the follow-up of 100 days, 1,853 individuals died (10.7%). The risk for death was 7% lower for each 1-MET increase in exercise capacity (HR = 0.93, CI: 0.92-0.95; p < 0.001). The risk across fitness categories declined progressively with increased CRF and was 26% lower for the Least-Fit individuals (HR = 0.74; CI: 0.66 - 0.84), approximately 30% to 40% lower for Moderate-Fit and Fit, and 50% lower (HR = 0.50; CI: 0.41 - 0.62; p < 0.001) for High-Fit patients. **Conclusions:** Increased CRF was inversely related to COVID-19 mortality risk in hypertensive patients. The association was graded and independent of comorbidities.

17.00-18.00 Στεφανιαία νόσος / οξεία στεφανιαία σύνδρομο

Πρόεδροι: **Δ. Παπουτσή** (Αθήνα), **Δ. Σταλίκας** (Αθήνα)

ΠΑ168 | Η χρήση της ροομετρίας χρόνου διέλευσης στην πρόβλεψη της βατότητας των μοσχευμάτων μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη - προκαταρκτικά αποτελέσματα

Κ. Παπακωνσταντίνου¹, Φ. Π. Ρόρρης¹, Ν. Στανίτσα¹, Ε. Λιβεράκου¹, Η. Σαμιώτης¹, Β. Πάτρης¹, Μ. Αργυρίου¹, Ι. Κοκοτσάκης¹, Η. Γίσσης¹, Β. Παναγιωτακόπουλος¹, Π. Τόμοζ², Π. Δεδεηλιάς¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" ΤΜΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ - ΘΩΡΑΚΟΣ - ΑΓΓΕΙΩΝ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΤΤΙΚΟΝ", ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή Η ροομετρία χρόνου διέλευσης (Transit-time flow measurement, TTFM) είναι μία μέθοδος διεγχειρητικής αξιολόγησης της ποιότητας των μοσχευμάτων στην αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) και βασίζεται σε τεχνολογία υπερήχων χρησιμοποιώντας κεφαλές

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ποικίλλου διαμετρήματος. Η TTFM παρέχει στους χειρουργούς τη δυνατότητα να διορθώσουν λάθη που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη βατότητα των μοσχευμάτων. **Υλικά και μέθοδος** Διενεργείται μια προοπτική μελέτη καταγραφής των παραμέτρων της TTFM σε ασθενείς που υποβάλλονται σε CABG στο ΓΝΑ «Ευαγγελισμός». Οι παράμετροι της ροομετρίας που μετρώνται είναι: μέση ροή αίματος στο μόσχευμα, δείκτης παλμικότητας και διαστολική πλήρωση. Το πρωτόκολλο των μετρήσεων βασίζεται στις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Η πρωταρχική έκβαση που μελετάται είναι η βατότητα των μοσχευμάτων στους 6 μήνες μετά από την επέμβαση, η οποία αξιολογείται με αξονική στεφανιογραφία. Οι μετρήσεις της TTFM θα συσχετισθούν με τα αποτελέσματα της βατότητας των μοσχευμάτων. **Αποτελέσματα** Συνολικά έχουν προσμετρηθεί 61 περιστατικά. Η πλειοψηφία των περιστατικών αφορούν τριπλά CABG (47%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι 64.79±1.13, ενώ οι περισσότεροι είναι άρρενες (93%). Το 42% πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, το 93% έχει υπέρταση, το 95% υπερλιπιδαιμία, το 8% χρόνια νεφρική νόσο, ενώ το 44% είχε πάθει έμφραγμα του μυοκαρδίου εντός 90 ημερών από την επέμβαση. Το μέσο κλάσμα εξωθήσεως αριστερής κοιλίας ήταν 50.56±1.21, ενώ το μέσο SYNTAX SCORE I ήταν 35,94±1.78. Το μέσο EUROSCORE II ήταν 1.32±0.11. Διεχειρητικά, μετρήθηκαν 148 μοσχεύματα, 58 αρτηριακά και 90 φλεβικά. Όλα τα αρτηριακά μοσχεύματα αφορούσαν την αριστερή έσω μαστική αρτηρία αναστομούμενη στον πρόσθιο κατιόντα, ενώ οι φλεβικές αναστομώσεις αφορούσαν κυρίως τον πρώτο επιχειλίο κλάδο (17%) και την δεξιά στεφανιαία αρτηρία (13,5%). Η μέση ροή αίματος στα μοσχεύματα ήταν 50.7±2.7, ο μέσος δείκτης παλμικότητας 2.84±0.3, ενώ η μέση διαστολική ροή 61,7%±1.1. Διενεργήθη επανέλεγχος με αξονική στεφανιογραφία μέχρι στιγμής σε 15 περιστατικά και βρέθηκαν αποφραγμένα τα 2 (5%, όλα φλεβικά) από τα 40 μοσχεύματα συνολικά. Το ένα μόσχευμα είχε εξαιρετικά παθολογικές τιμές στις μετρήσεις και το άλλο μόσχευμα αφορούσε διαδοχική αναστόμωση σε ενδιάμεσο κλάδο (Ramus) και τον επιχειλίο, με μη σκιαγράφιση του Ramus μετά την αναστόμωση. **Συμπεράσματα:** Η ροομετρία χρόνου διέλευσης αποτελεί ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο στην φαρέτρα των καρδιοχειρουργών για την ποιοτική αξιολόγηση των μοσχευμάτων στα CABG.

ΠΑ169 | **Right ventricular-pulmonary arterial coupling in patients with first acute myocardial infarction: An emerging post-revascularization triage tool**

S. Daios¹, V. Anastasiou¹, D. V. Moysidis¹, A. C. Liatsos¹, A. S. Papazoglou¹, M. Didagelos¹, C. Savopoulos³, B. J. Jeroen⁴, A. Ziakas¹, V. Kamperidis¹

¹ First Department of Cardiology, AHEPA Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

³ First Propedeutic Department of Internal Medicine, AHEPA Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

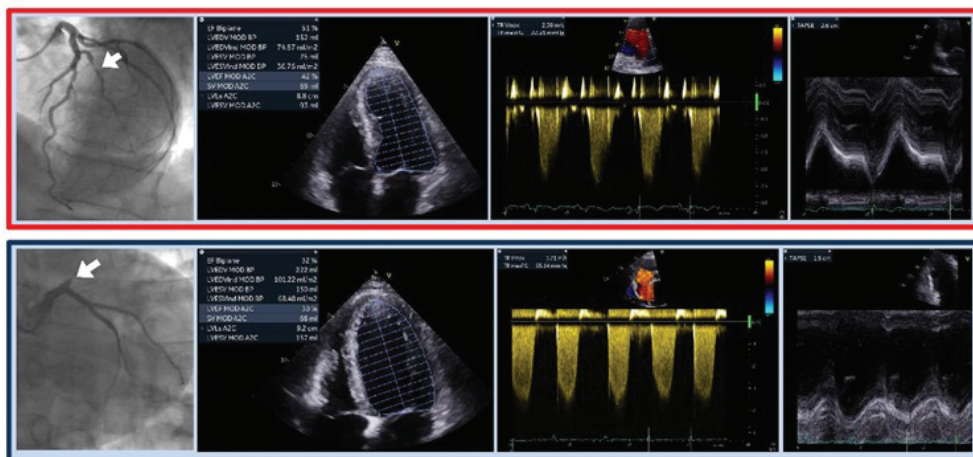
⁴ Department of Cardiology, Leiden University Medical Centre, Leiden, The Netherlands

Background: Tricuspid annular plane systolic excursion/pulmonary artery systolic pressure (TAPSE/PASP) is a non-invasive surrogate of right ventricular-pulmonary arterial (RV-PA) coupling, studied in chronic RV pressure overload syndromes. However, its prognostic utility in pa-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

tients with acute myocardial infarction (AMI) that may cause acute RV pressure overload remains unexplored. Aim: To determine predictors of RV-PA uncoupling in patients with first AMI and examine whether it could improve risk stratification for cardiovascular in-hospital mortality after revascularization. **Methods:** Three-hundred consecutive patients with first AMI were prospectively studied (age 61.2 ± 11.8 , 24% females). An echocardiogram was performed 24 hours after successful revascularization and TAPSE/PASP was evaluated. Cardiovascular in-hospital mortality was recorded. **Results:** The optimal cutoff value of TAPSE/PASP to determine cardiovascular in-hospital mortality was 0.49 mm/mmHg . RV-PA uncoupling was considered for patients with $\text{TAPSE/PASP} \leq 0.49 \text{ mm/mmHg}$. Left ventricular ejection fraction (LVEF) was independently associated with RV-PA uncoupling. A total of 23 (7.7%) patients died in-hospital despite successful revascularization. TAPSE/PASP was independently associated with in-hospital mortality, after adjustment for Global Registry of Cardiovascular Events (GRACE) risk score and LVEF (Odds Ratio 0.14, 95% Confidence Intervals [0.03-0.56], P-value 0.007). The prognostic value of a baseline model including GRACE risk score and NT-pro-BNP ($\chi^2 26.55$) was significantly improved by adding $\text{LVEF} \leq 40\%$ ($\chi^2 44.71$, P-value < 0.001), $\text{TAPSE} \leq 17 \text{ mm}$ ($\chi^2 75.42$, P-value < 0.001) and $\text{TAPSE/PASP} \leq 0.49 \text{ mm/mmHg}$ ($\chi^2 101.74$, P-value < 0.001) for predicting cardiovascular in-hospital mortality. **Conclusions:** RV-PA uncoupling, assessed by echocardiographic TAPSE/PASP $\leq 0.49 \text{ mm/mmHg}$ 24 hours after revascularization, may improve risk stratification for cardiovascular in-hospital mortality post first AMI.

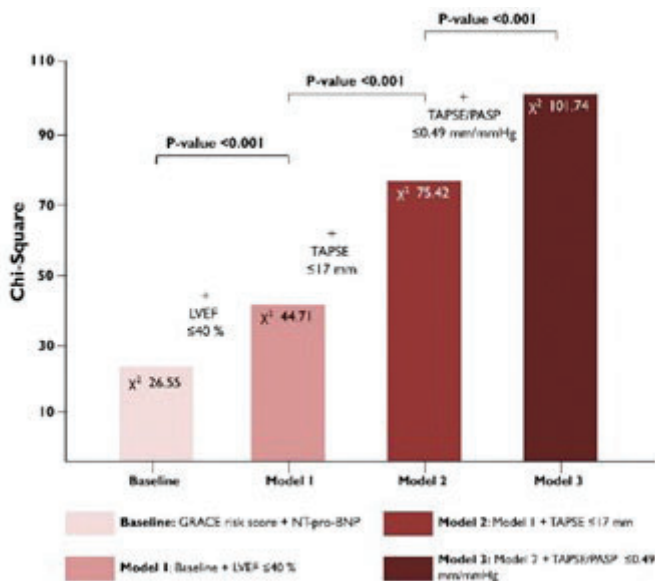


— LVEF = 51%, TAPSE/PASP = 0.96 mm/mmHg

— LVEF = 32%, TAPSE/PASP = 0.26 mm/mmHg

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II



ΠΑ170 | Ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και νεοδιαγνωσθέντα σακχαρώδη διαβήτη έχουν χειρότερο μεταβολικό πρότυπο και μεγαλύτερη προσβολή του στεφανιαίου δικτύου από τους μη διαβητικούς ασθενείς: ευρήματα από την πανελλήνια καταγραφή CALLINICUS Hellas Registry

Κ. Παπαθανασίου¹, Π. Καλογεράς², Ι. Λεβέντης³, Μ. Μάλκοτς⁴, Χ. Καλαντζής⁵, Σ. Δάιος⁶, Δ. Τσαμούλης⁷, Δ. Τασούλας⁸, Ι. Δελάκης⁹, Δ. Ελευθερίου¹⁰, Ν. Αργυρίου⁵, Β. Ποτούπη¹¹, Σ. Ζερβάκης¹², Α. Θεοφιλάτος¹³, Γ. Κοτρώτσιος¹, Β. Μπουρατζής², Γ. Μανώλης¹⁴, Χ. Μπέτσης¹⁵, Π. Γουνόπουλος¹⁰, Α. Τρίκας¹⁵, Γ. Γιαννακούλας⁶, Χ. Παπαδόπουλος¹¹, Ε. Ζάχαρης¹², Β. Μπλάνης¹³, Π. Κωστάκου¹⁶, Κ. Κωστόπουλος⁹, Δ. Τζιακάς⁴, Ι. Σκουλαρίγκης³, Ι. Κανακάκης¹⁶, Γ. Κοχιαδάκης¹², Λ. Μιχάλης², Χ. Βλαχόπουλος⁵, Λ. Ραλλίδης¹

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

- ³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ⁴ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ⁶ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ⁷ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
- ⁸ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
- ⁹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
- ¹⁰ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
- ¹¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ
- ¹² ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ¹³ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ¹⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
- ¹⁵ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ¹⁶ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η επίδραση του νεοδιαγνωσθέντος σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) στα μεταβολικά χαρακτηριστικά και στην έκταση της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) δεν έχει μελετηθεί επαρκώς από σύγχρονες προοπτικές μελέτες. Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε κατά πόσο διαφοροποιείται το μεταβολικό πρότυπο και η έκταση της ΣΝ σε διαδοχικούς ασθενείς της CALLINICUS-Hellas Registry ανάλογα με τη νεοδιάγνωση ΣΔ. **Μεθοδολογία:** Η CALLINICUS-Hellas Registry είναι μια πανελλήνια (15 καρδιολογικές κλινικές αντιπροσωπευτικά κατανεμημένες σε όλη τη χώρα) προοπτική πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης που ερευνά τη συμμόρφωση των ασθενών με ΟΣΣ στην υπολιπιδαιμική αγωγή, την επίτευξη των επιθυμητών στόχων της LDL- χοληστερόλης και τα καρδιαγγειακά συμβάντα στους 6 και 24 μήνες μετά το επεισόδιο. Για την παρούσα ανάλυση αξιοποιήθηκαν δεδομένα 1084 ασθενών από την καταγραφή και δημιουργήθηκαν δύο υποομάδες: ασθενείς με νεοδιάγνωση ΣΔ (ομάδα Α) και ασθενείς χωρίς ΣΔ (ομάδα Β). Η νεοδιάγνωση του ΣΔ τέθηκε όταν τα ενδονοσοκομειακά επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) ήταν $\geq 6,5\%$. **Αποτελέσματα:** Σε 75 (6,9%) από τους 1084 ασθενείς έγινε νεοδιάγνωση ΣΔ (ομάδα Α) ενώ από τους υπόλοιπους 1009, την ομάδα σύγκρισης αποτέλεσαν 781 ασθενείς (ομάδα Β) που δεν είχαν στο παρελθόν ή δεν διαγνώστηκε κατά τη νοσηλεία ΣΔ. Οι νεοδιαγνωσθέντες διαβητικοί είχαν χαμηλότερα επίπεδα HDL-χοληστερόλης, υψηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων και μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος καθώς και περίμετρο μέσης σε σχέση με τους μη διαβητικούς (Πίνακας 1). Δεν παρουσίαζαν διαφορές στα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, της LDL-χοληστερόλης, στις καπνιστικές συνήθειες, στο ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ή προηγούμενης καρδιαγγειακής νόσου. Ασθενείς με νεοδιαγνωσθέντα ΣΔ είχαν χαμηλότερο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας [45% (40%-50%) έναντι 49% (40%-55%), $p=0,003$] και συχνότερα πολυαγγειακή ΣΝ (≥ 2 επι-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

καρδιακές στεφανιαίες αρτηρίες με στένωση>%) σε σχέση με τους μη διαβητικούς (52% έναντι 41%, $p=0,038$). Επιπλέον, οι νεοδιαγνωσθέντες διαβητικοί παρουσίαζαν μια τάση για μεγαλύτερες εκτάσεις μυοκαρδιακή νέκρωση σε σχέση με τους μη διαβητικούς. **Συμπέρασμα:** Ασθενείς με νεοδιάγνωση ΣΔ και ΟΣΣ έχουν μεταβολική εικόνα (αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία και σπλαχνική παχυσαρκία) ανάλογη με εκείνη των ασθενών με προϋπάρχοντα ΣΔ. Αυτό πιθανά εξηγεί τη μεγαλύτερη προσβολή του στεφανιαίου δικτύου και τη μεγαλύτερη δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας όταν υφίστανται ΟΣΣ άτομα με νεοδιάγνωση ΣΔ συγκριτικά με τους μη διαβητικούς ασθενείς.

Παράμετρος	Ομάδα Α (N=75)	Ομάδα Β (N=781)	P-value
Γυναίκες (%)	17,3	22,1	0,334
Ηλικία (έτη)	59 (53-67)	61 (52-70)	0,821
Αρτηριακή υπέρταση (%)	46,7	42,2	0,464
Κάπνισμα (%)	68,0	65,6	0,713
Προηγούμενο ιστορικό ΚΑΝ (%)	21,3	17,7	0,443
Περίμετρος μέσης (cm)	107,5 (100-114)	98 (91-106)	<0,001
ΔΜΣ (kg/m ²)	29,5 (26,4-34,3)	27,1 (24,9-29,9)	<0,001
ΚΕΑΚ (%)	45 (40-50)	49 (40-55)	0,003
HbA1c (%)	7 (6,7-9,2)	5,6 (5,4-5,9)	<0,001
Ολική χοληστερόλη (mg/dL)	188 (158-231)	185 (155-218)	0,400
LDL-χοληστερόλη (mg/dL)	115 (86,7-149,0)	118 (89-147)	0,656
HDL-χοληστερόλη (mg/dL)	38 (32-45)	42 (36-50)	<0,001
Τριγλυκερίδια (mg/dL)	144 (104-231)	115 (87,2-152,7)	<0,001
Max cardiac troponin-T (pg/mL)	2483 (400-4918)	1272 (283-3131)	0,07
Πολυαγγειακή ΣΝ (%)	52	40,1	0,038

HbA1c: γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, ΔΜΣ: δείκτης μάζας σώματος, ΚΑΝ: καρδιαγγειακή νόσος, ΚΕΑΚ: κλάσμα εξωθήσεως αριστερής κοιλίας, ΣΝ:στεφανιαία νόσος

Πίνακας 1: Παράγοντες κινδύνου και εργαστηριακοί παράμετροι ανάμεσα στις υπο-ομάδες της ανάλυσης

ΠΑ171 | Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και τροπονιναιμία: χαρακτηριστικά ασθενών και αξιολόγηση συνύπαρξης στεφανιαίας νόσου

Γ. Αλετράς¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Ε. Χόντα¹, Δ. Κορέλα¹, Σ. Σταυράκης¹, Μ. Στρατινάκη¹, Μ. Πιταροκόιλης¹, Ε. Φουκαράκης¹

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η υψηλής ευαισθησίας καρδιακή τροπονίνη (hs-cTnI) αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη μυοκαρδιακής βλάβης και αυξάνεται σε πληθώρα καταστάσεων μεταξύ των οποίων και οι υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες (SVT). Οι ασθενείς αυτοί συχνά χρειάζονται

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

περαιτέρω διερεύνηση και ταυτόχρονο αποκλεισμό της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ). Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών με SVT (κολποκοιλιακή κομβική ταχυκαρδία επανεισόδου-AVNRT, κολποκοιλιακή ταχυκαρδία επανεισόδου-AVRT και κολπική ταχυκαρδία- AT) και αυξημένες τιμές τροπονίνης καθώς και η αξιολόγηση της αύξησης αυτής με συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσο. **Μέθοδοι-Υλικά:** Καταγράψαμε δημογραφικά χαρακτηριστικά, την αιτία προσέλευσης, βασικές συννοσηρότητες, την παρουσία ή όχι προηγούμενου ιστορικού SVT, τη διάρκεια της ταχυκαρδίας, τις τιμές συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ), καρδιακής συχνότητας (ΚΣ), κρεατινίνης (Cr) και τη μέγιστη τιμή hs-cTnI κατά την εισαγωγή, τη μέθοδο ανάταξης και το συνολικό αριθμό ασθενών που εισήχθησαν λόγω SVT στην Καρδιολογική κλινική τα τελευταία 3 έτη. Στη συνέχεια καταγράψαμε από το σύνολο των νοσηλευόμενων ασθενών, αυτούς που υπεβλήθησαν σε επεμβατική ή μη δοκιμασία αποκλεισμού ΣΝ και την παρουσία ή μη συνυπάρχουσας ΣΝ. Διαχωρισμός σε δύο ομάδες ανάλογα με την παρουσία τροπονιναιμίας ή όχι και ανάλυση

δεδομένων με την χρήση IBM-SPSS. **Αποτελέσματα:** 106 ασθενείς προσήλθαν στα Επείγοντα λόγω SVT με 47 ασθενείς να εμφανίζουν αυξημένη hs-cTnI. Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφάνισαν οι ασθενείς με τροπονιναιμία συνοδευόμενη από οπισθοστερνικό άλγος, απουσία ιστορικού SVT και μεγαλύτερη διάρκεια της ταχυκαρδίας. Παράγοντες όπως το φύλο, η ΚΣ, οι τιμές Cr, νατρίου, καλίου και ΣΑΠ εισόδου, η παρουσία γνωστής ΣΝ, σακχαρώδη διαβήτη, θυρεοειδοπάθειες και υπέρταση ή η μέθοδος ανάταξης δεν είχαν σημαντική επίδραση στην εμφάνιση τροπονιναιμίας. 39/47 ασθενείς με τροπονιναιμία εισήχθησαν στην Καρδιολογική κλινική και 21/39 υπεβλήθησαν σε περαιτέρω

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΤΡΟΠΟΝΙΝΑΙΜΙΑ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ	p-value
ΑΡΡΕΝ ΦΥΛΟ	16 (40%)	24 (60%)	ns
ΙΣΤΟΡΙΚΟ SVT	18 (29%)	44 (71%)	<0,01
ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΑΛΜΩΝ	43 (43,4%)	56 (56,6%)	ns
ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	10 (71,4%)	4 (28,6%)	0,042
ΠΡΟΣΥΓΚΟΠΗ/ΣΥΓΚΟΠΗ	4 (66,7%)	2 (33,3%)	ns
ΓΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	1 (50%)	1 (50%)	ns
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	7 (43,7%)	9 (56,3%)	ns
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	12 (34,3%)	23 (65,7%)	ns
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	5 (45,5%)	6 (54,5%)	ns
ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ	12 (63,2%)	7 (36,8%)	ns
ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ	20 (53,5%)	23 (46,5%)	ns
ΑΝΑΤΑΞΗ ΜΕ ΒΑΓΟΤΟΝΙΚΟΥΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥΣ	5 (38,5%)	8 (61,5%)	ns
ΑΝΑΤΑΞΗ ΜΕ ΑΔΕΝΟΣΙΝΗ	36 (48,6%)	38 (51,4%)	ns
ΑΝΑΤΑΞΗ ΜΕ Β-ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ	2 (28,6%)	5 (71,4%)	ns
ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΝΑΤΑΞΗ	3 (37,5%)	5 (62,5%)	ns
ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΑΝΑΤΑΞΗ	1 (33,3%)	2 (66,7%)	ns
ΑΝΑΤΑΞΗ ΜΕ CCBs	0 (0%)	1 (100%)	ns
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	34 (87,2%)	5 (12,8%)	<0,01

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΥΨΗΛΗ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ		ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ		p-value
	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	
ΗΛΙΚΙΑ (έτη)	59,64	15,022	58,58	16,864	ns
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ (ώρες)	6,322	6,8050	2,698	1,9124	0,02
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	163,76	22,3	162,66	23,186	ns
ΣΑΠ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (mmHg)	127,35	19,763	134,17	18,167	ns
CR ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (mg/dl)	0,9981	0,26176	0,9610	0,24145	ns
ΝΑΤΡΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (mEq/L)	139,68	2,397	140,02	2,177	ns
ΚΑΛΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (mEq/L)	4,4387	0,42474	4,3795	0,49271	ns

έλεγχο ΣΝ με μόλις έναν ασθενή να εμφανίζει σημαντική νόσο. **Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς χωρίς προηγούμενο επεισόδιο SVT, με οπισθοστερνικό άλγος και μεγαλύτερη διάρκεια ταχυκαρδίας κατά την εισαγωγή φαίνεται να εμφανίζουν συχνότερα μυοκαρδιακή ενζυμική κίνηση μετά από επεισόδιο SVT. Η εμφάνιση τροπονιναϊμίας στους ασθενείς αυτούς είναι πιθανότερο να σχετίζεται με την αναντιστοιχία αναγκών-ζήτησης του μυοκαρδίου σε οξυγόνο παρά με τη συνύπαρξη στεφανιαίας νόσου.

ΠΑ172 |

Η αναορτική χειρουργική των στεφανιαίων με πάλλουσα καρδιά σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας - βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα

Κ. Κατσαβριάς¹, Κ. Παπακωνσταντίνου², Ι. Λιναρδάκης¹, Π. Ζωγράφος¹, Β. Πράπα³, Σ. Πράπας¹

¹ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ 'Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ' ΤΜΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ-ΘΩΡΑΚΟΣ-ΑΓΓΕΙΩΝ

³ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Είναι γεγονός ότι η συνεχής και προοδευτική αύξηση του προσδόκιμου ζωής έχει δημιουργήσει νέες συνθήκες και απαιτήσεις στην αντιμετώπιση των στεφανιαίων αρρώστων. Μια ιδιαίτερη κατηγορία αποτελούν οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας (octogenarians, διεθνώς), οι οποίοι συνήθως έχουν περισσότερες συννοσηρότητες, υψηλότερο φορτίο ασβεστίου στην αορτή (όπου οι χειρισμοί αυξάνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικών συμβαμάτων) και λιγότερες εφεδρείες σε επίπεδο νευρολογικό, νεφρολογικό, πνευμονολογικό και καρδιολογικό. Η έκθεση των εν λόγω ασθενών στις επιβλαβείς επιδράσεις της εξωσωματικής κυκλοφορίας στα προαναφερθέντα συστήματα αποτελεί αιτία αυξημένης θνητότητας και νοσηρότητας. Η βιβλιογραφία αναδεικνύει την χειρουργική των στεφανιαίων αγγείων χωρίς χειρισμούς στην αορτή (aortic) και με πάλλουσα καρδιά (off-pump) ως μια εναλλακτική λύση σε αυτή την κατηγορία ασθενών. **Υλικά και μέθοδος** Διενεργήθη μια αναδρομική μελέτη των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) στο «Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center», με την τεχνική aortic off-pump και με ηλικία ≥ 79 ετών. Η χρονική περίοδος αναφοράς είναι η δεκαετία 2009-2019. Πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η ενδονοσοκομειακή θνητότητα

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

(στην ίδια νοσηλεία) και δευτερεύουν τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACCE, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια - ΑΕΕ, οξεία στεφανιαία συμβάματα - ΟΣΣ) μετεγχειρητικά. Αποτελέσματα Ανευρέθησαν 250 ασθενείς. Η μέση ηλικία αυτών ήταν 81,84±2,55 έτη, με μέγιστη τιμή τα 92 έτη. Η πλειοψηφία αφορούσε άντρες (79%) και το 5,6% χειρουργήθηκε σε επείγουσα βάση. Από παράγοντες κινδύνου, το 27% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη, το 62% από υπέρταση, το 8,8% από χρόνια νεφρική νόσο, το 8,4% από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το 10% από περιφερική αγγειακή νόσο, ενώ το 2,4% είχε παλαιότερα ΑΕΕ. Το 41,2% των ασθενών είχε καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως, ενώ το 15,2% με χαμηλό κλάσμα εξωθήσεως. Στο 57,2%, χρησιμοποιήθηκαν δύο μαστικές αρτηρίες και στο 34,4% αρτηριακά και φλεβικά μοσχεύματα. Η πλειοψηφία των περιστατικών ήταν διπλά CABG (47,2%) και τριπλά CABG (37,6%). Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 2,8%. Δεν υπήρχε κανένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ενώ υπήρξαν συνολικά 6 μετεγχειρητικά ΟΣΣ (2,4%). Συμπεράσματα: Η αναορτική off-pump χειρουργική των στεφανιαίων αγγείων αποτελεί την ενδεδειγμένη λύση στην αντιμετώπιση ασθενών μεγάλης ηλικίας. Με την κατάλληλη εφαρμογή των τεχνικών αυτών, αποφεύγονται οι κυριότερες αιτίες νοσηρότητας μετά από CABG, έχοντας άριστα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα.

ΠΑ173 | ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΜΕ ΜΠΑΛΟΝΙ ΕΠΙΚΑΛΥΜΜΕΝΟ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΟ (DRUG COATED BALLOON - DCB). Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Γ. Σιδηρόπουλος¹, Β. Τζαλαμούρας¹, Α. Δ. Μαυρογιάννη¹, Μ. Καλαϊτζόγλου¹, Α. Λεπτόπουλος¹, Ι. Μποστανίτης¹, Π. Θεοδώρου¹, Ι. Ζαρίφης¹

¹ Καρδιολογική Κλινική ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου

Σκοπός εργασίας: Η αγγειοπλαστική με μπαλόνι επικαλυμμένο με φάρμακο (DCB) αποτελεί μια νεότερη μέθοδο με ευνοικά αποτελέσματα λόγω του ιδιαίτερου πλεονεκτήματος της ταχείας εντοπισμένης χορήγησης υψηλής συγκέντρωσης φαρμάκου που εμποδίζει την επαναστένωση χωρίς την ανάγκη τοποθέτησης stent. Στην παρούσα παρουσίαση καταγράφεται η πορεία των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική με DCB στο νοσοκομείο μας. **Υλικά και μέθοδοι:** Μελετήθηκαν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική με Paclitaxel Eluting Balloon από τον Ιανουάριο του 2022 μέχρι και τον Μάιο του έτους 2023. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, οι συννοσηρότητες, η βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου (NSTE-ACS, STEMI, CCS), το είδος της βλάβης [In-Stent- Restenosis (ISR), Bifurcation, De novo lesion], η ύπαρξη υπολειπόμενης βλάβης σε άλλο αγγείο και διερευνήθηκαν ο επανακαθετηριασμός, η ύπαρξη MACE [καρδιαγγειακός θάνατος, οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ), αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο] σε διάστημα 3 - 12 μήνες μετά την αγγειοπλαστική και η επανανοσηλεία. **Αποτελέσματα:** Πρόκειται για 102 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 66 έτη, εκ των οποίων 33% με NST-ACS, 17.9% με STEMI και 49.1% με CCS. Το είδος της βλάβης ήταν ISR στο 29.1%, Bifurcation στο 28.1% και de novo lesion στο 42.8%. Υπολειπόμενη βλάβη είχαν 24 ασθενείς (23.3%). Επανακαθετηριάστηκαν 22 ασθενείς (21.3%) σε διάστημα 1-7 μηνών, εκ των οποίων οι 19 είχαν πολύ καλό αγγειογραφικό αποτέλεσμα, ενώ 3 εμφάνισαν επαναστένωση

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

(Binary Restenosis). MACE εμφάνισαν συνολικά 6 ασθενείς (5.8%), εκ των οποίων 2 με στηθάγχη, και 4 με καρδιαγγειακό θάνατο (3.9% επί του συνόλου) ενώ σε 4 ασθενείς διαπιστώθηκε ISR. **Συμπεράσματα:** Παρατηρείται αύξηση στη χρήση DCB κατά την αγγειοπλαστική. Από την πορεία των ασθενών μας φαίνεται να υπάρχει καλή αποτελεσματικότητα της τεχνικής με καλά αγγειογραφικά αποτελέσματα και χαμηλά ποσοστά MACE, τα οποία εμφανίστηκαν κυρίως σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενες βλάβες ISR, οι οποίοι εμφανίζουν και τον μεγαλύτερο κίνδυνο. Η μελέτη μας επιβεβαιώνει την ασφάλεια της αγγειοπλαστικής με DCB ακόμη και σε βλάβες διχασμού, σε de novo βλάβες μικρών αγγείων αλλά και σε ΟΣΣ, δεδομένα που συμφωνούν με πρόσφατες κλινικές μελέτες, οι οποίες θα αποτελέσουν τη βάση ώστε τα DCB να λάβουν ακόμη περισσότερες ενδείξεις στο μέλλον.

ΠΑ174 | Διητή αποτελέσματα του απορροφήσιμου ικριώματος μαγνησίου σε σύγκριση με σύγχρονα φαρμακοεκλυόμενα stents σε ασθενείς με STEMI. Μελέτη BESTMAG

L. Koliastasis¹, J. Bennett², P. Xaplanteris¹, A. Guedes³, F. Demeure³, B. Vandelloo⁴, C. Dugauquier⁵, F. Picard⁶, D. W. Warne⁷, T. Pilgrim⁸, J. F. Inglesias⁹, Q. De Hemptinne¹

¹ Department of Cardiology, CHU Saint-Pierre, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium

² Department of Cardiovascular Medicine, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium

³ CHU UCL Namur, Site de Mont Godinne, Université catholique de Louvain, Belgium

⁴ Vrije Universiteit Brussel (VUB), Universitair Ziekenhuis Brussel (UZB), Department of Cardiology, Brussels, Belgium

⁶ CHR Citadelle, Liège, Belgium

⁵ Hôpital Cochin, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Paris, France

⁷ Research Center for Statistics, Geneva School of Economics and Management, University of Geneva, Switzerland

⁸ Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, Bern, Switzerland

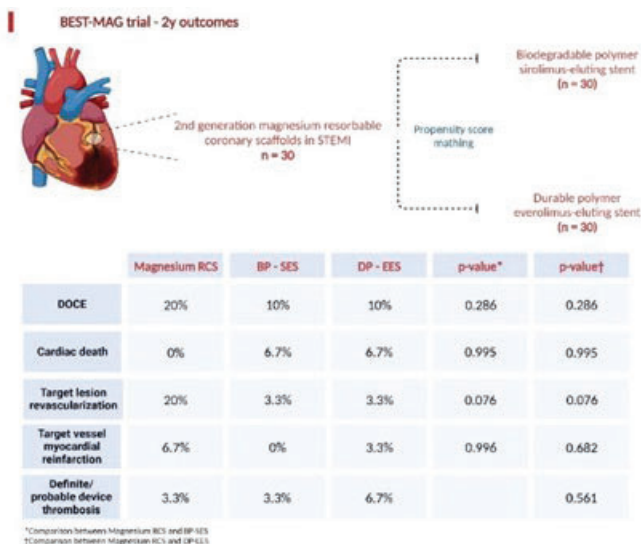
⁹ Department of Cardiology, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

Εισαγωγή Προστατεύοντας το ενδοθήλιο των στεφανιαίων αγγείων με ενδοπρόθεση με σκοπό να καλυφθεί η ραγείσα πλάκα χωρίς μόνιμη παρουσία μετάλλου είναι η ιδέα που οδήγησε στη δημιουργία των βιοαπορροφήσιμων ικριωμάτων. Οι πρώτες γενιές δεν έδειξαν τα επιθυμητά αποτελέσματα και ο νεότερος σχεδιασμός βασίζεται σε κράμα μαγνησίου. Η δεύτερη γενιά των Magmaris/DREAMS-2G απορροφήσιμων ικριωμάτων μαγνησίου (AIM) έδειξε βελτιωμένα αποτελέσματα σε βάθος έτους, αλλά δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα σε σύγκριση με φαρμακοεκλυόμενα stents (DES) σε βάθος διετίας. **Μέθοδοι** 30 ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI) εντάχθηκαν προοπτικά και έλαβαν πρωτογενή αγγειοπλαστική με DREAMS-2G AIM. Αντιστοιχήθηκαν με propensity score matching με 30 ασθενείς της μελέτης BIOSTEMI που περιλάμβανε ασθενείς με STEMI που τυχαίοι ήταν σε δεύτερης ή τρίτης γενιάς DES. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο (DOCA: device-oriented composite endpoint) ήταν το σύνθετο σημείο καρδιακού θανάτου, εμφράγ-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ματος μυοκαρδίου αποδιδόμενο στη βλάβη που τοποθετήθηκε stent και επαναγγείωση λόγω στένωσης στην βλάβη που τοποθετήθηκε stent (TLR: target lesion revascularization). **Αποτελέσματα** Το πρωτογενές σύνθετο καταληκτικό σημείο DOCA συνέβη σε 20% AIM και 10% σε κάθε ομάδα DES ($p=0,286$). Θρόμβωση του stent εντοπίστηκε σε 3,3% AIM και 6,7% σε κάθε ομάδα DES ($p=0,561$). Κανένας θάνατος δεν καταγράφηκε σε AIM ενώ από 2 για τις ομάδες DES ($p=0,995$). Σε 17 ασθενείς που έλαβαν AIM έγινε οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) στους 15 μήνες και το ελάχιστο εμβαδό αυλού (MLA: minimal lumen area) μειώθηκε $7.57 \pm 1.48 \text{ mm}^2$ to $4.72 \pm 2.22 \text{ mm}^2$ at 15 months ($p < 0,001$). Σε όλους εκ των 17 εντοπίστηκαν κατάλοιπα του AIM. **Συμπεράσματα** Τα διετή αποτελέσματα του Magmaris stent έδειξαν τάση για περισσότερο TRL χωρίς να φτάσουν σε στατιστική σημαντικότητα. Το DOCE φαίνεται να διαχωρίζεται στο 1 έτος κυρίως λόγω TLR. Στους 15 μήνες δεν φάνηκε πλήρης απορρόφηση. Τα αποτελέσματα αναμένονται βελτιωμένα στη διετία στην 3ης γενιάς AIM (DREAMS-3G).



ΠΑ175 | **Calculation of hemodynamics indexes via Computational Fluid dynamics for prediction and evaluation of coronary artery disease**
I. Boutopoulos¹, D. Lampropoulos¹, C. Kokkinos¹

¹ FEAC Engineering P.C., Patras, GR-26224, Greece

Introduction: Computational fluid dynamics (CFD) is considered a well-known approach in mechanical industry to analyze complex flow phenomena. In recent years, CFD has been considered

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

as a valid tool to analyze cardiovascular hemodynamics “in silico”. In specific, is based on 3d luminal segmentation to study the flow field inside the coronaries arteries and calculate hemodynamics indices that predict and evaluate the atherosclerosis. We aim to calculate the Wall Shear Stress (WSS) and its derivatives that indicate the initiation and progression of atherosclerotic lesion. In addition, for the evaluation of the disease, the non-invasive Fractional Flow Reserve (FFR) index is computed through CFD to estimate the severity of the stenosis. **Methods and materials:** The steps involved in conducting the CFD simulation for patient-specific coronary arteries include the following steps: a) obtaining medical images and segmenting them to create a three-dimensional (3D) model of the patient's specific coronary arteries, b) preparing the CFD simulation by dividing the domain into discrete elements using meshes and defining the appropriate boundary conditions, c) solving the governing fluid equations using a fluid solver to simulate the flow of blood through the coronary arteries, d) post-processing the simulation results to analyze and visualize the flow field, providing insights into the behavior of blood within the patient's arteries. **Results:** Time-dependend numerical simulation of the coronary arteries throughout the cardiac cycle. We evaluated the hemodynamics indices in areas of interest that include a bifurcation, a high curvature segment and a stenosis. In these regions, we observe the hemodynamics indices confirm the bibliography. The low WSS indicates the progression of the atherosclerosis thus in stenotic areas the FFR is decreasing. **Conclusion:** In this study, we successfully utilized computational fluid dynamics (CFD) to calculate hemodynamic indices and evaluate coronary artery disease (CAD). By analyzing the flow field within patient-specific coronary arteries, we observed that areas of interest, such as bifurcations, stenoses, and high curvature regions, exhibited hemodynamic indices consistent with existing literature. Our findings highlight the potential of CFD as a non-invasive tool for predicting and assessing CAD severity, providing valuable insights for clinical decision-making in cardiology.

ΠΑ176 | **Ικανοποίηση ασθενών που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία ή/και αγγειοπλαστική σε δημόσιο νοσοκομείο**

Α. Σακελλαροπούλου¹, Ε. Τάτσης³, Μ. Μουρατίδου¹, Ν. Μπουρμπούλης¹, Ι.Καράλης¹, Ι. Τσιαφούτης³, Ι. Παπαδόπουλος³, Μ. Αγγελάκη¹, Α. Χρήστου¹, Ρ. Καραγιάννη²

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ
Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

² Ερευνήτρια, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), Μέλος ΣΕΠ,
Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ)

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

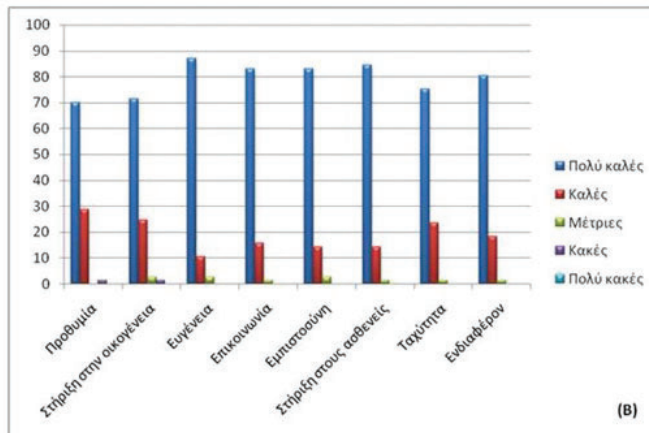
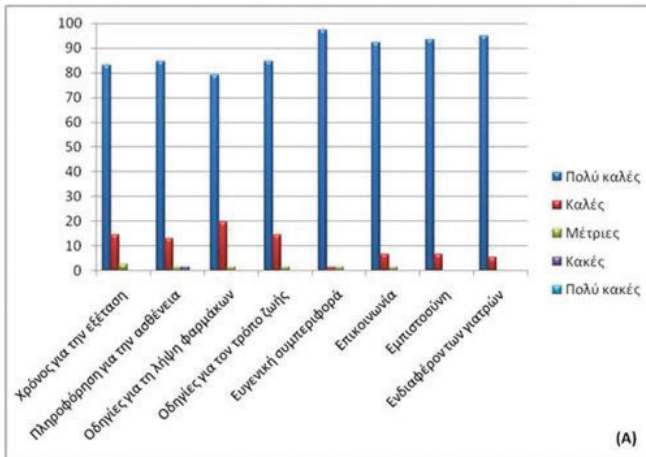
Εισαγωγή/Σκοπός: Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κύριο μέλημα των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο θα χρησιμοποιήσουν επανειλημμένα τις υπηρεσίες υγείας σε διάφορα επίπεδα. Οι εξελίξεις στον τομέα της επεμβατικής καρδιολογίας έχουν καταστήσει τη στεφανιογραφία μία εξέταση ρουτίνας, ενώ η ασφάλεια των ασθενών μπορεί να εξασφαλιστεί ακόμα και με ολιγόωρη παρακολούθηση σε

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

μονάδα βραχείας νοσηλείας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία ή/και αγγειοπλαστική σε δημόσιο νοσοκομείο και η σύγκριση της ικανοποίησης των ασθενών που παρακολουθούνται στη βραχεία νοσηλεία έναντι εκείνων που διανυκτερεύουν στο νοσοκομείο. **Υλικό και μέθοδος:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός το διάστημα Μάρτιος - Απρίλιος 2023 σε δείγμα 77 ασθενών μετά

Εικόνα 1: Ικανοποίηση ασθενών από τις ιατρικές (Α) και νοσηλευτικές (Β) υπηρεσίες (ποσοστά % του συνόλου των συμμετεχόντων).



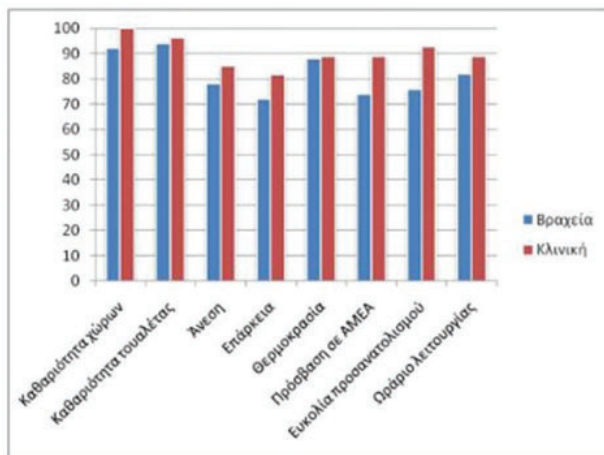
από ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους. Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη με ερωτηματολόγιο, το οποίο εξετάζει την ικανοποίηση από τέσσερις βασικές διαστάσεις: την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική φροντίδα, τις εγκαταστάσεις και τις διοικητικές υπηρεσίες. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε ανώνυμα μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας των ασθενών.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δήλωσε ικανοποιημένο από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Χαμηλότερη, αλλά αρκετά υψηλή ικανοποίηση είχαν οι ασθενείς από τις διοικητικές υπηρεσίες. Μεταξύ βραχείας και κλινικής, οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην κλινική φάνηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις εγκαταστάσεις σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη βραχεία, χωρίς η διαφορά αυτή να αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική. Στη συνολική αξιολόγηση το 87,7% των ασθενών χαρακτήρισαν τις υπηρεσίες υγείας ως πολύ καλές και το 11,7% ως καλές, ενώ μάλιστα δεν το ανέμε-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

Εικόνα 2: Σύγκριση της ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη βραχεία νοσηλεία και την κλινική σχετικά με τις εργασιότητες. (Παρουσιάζονται αθροιστικά οι απαντήσεις «κλήρες» και «πολύ κλήρες» για κάθε ερώτηση.)
ΑΜΕΑ: Άτομα με ειδικές ανάγκες.



να χρησιμοποιηθούν καταρχάς για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο, καθώς και να αποτελέσουν το έναυσμα για έρευνες σε μεγαλύτερα δείγματα ασθενών και σε άλλα νοσοκομεία της χώρας.

ΠΑ177 | Η παρουσία σοβαρής στηθάγχης αυξάνει την πιθανότητα διάγνωσης του συνδρόμου Takotsubo στους ασθενείς με MINOCA

**Ι. Λεοντσινις¹, Ε. Μαντζουρανης¹, Α. Σακαλιδης¹, Μ. Σαρρου¹,
 Ι. Νταλακουρας¹, Π. Βλαχακης¹, Α. Αντωνοπουλος¹, Χ. Φραγκουλης¹,
 Κ. Δημητριάδης¹, Ε. Τσιαμης¹, Κ. Τσιουφης¹**

¹ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς απόφραξη στεφανιαίων αγγείων (MINOCA) αποτελεί μια «αινιγματική» κλινική οντότητα. Το σύνδρομο Takotsubo (TTS) αντιπροσωπεύει σημαντικό ποσοστό τέτοιων περιπτώσεων. Παρά την κυριαρχία του στο γυναικείο φύλο και τη «χαρακτηριστική» υπερηχογραφική απεικόνιση, η διαφορική του διάγνωση παραμένει δύσκολη, χωρίς τη συμβολή της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς (CMR). Το INTER-TAK score είναι το μόνο μοντέλο κινδύνου που εκτιμά την πιθανότητα TTS, χωρίς όμως να περιλαμβάνει τα στηθαγικά χαρακτηριστικά. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η διερεύνηση πι-

ναν σε αυτό το βαθμό πριν τη νοσηλεία τους. Το 98,7% των ασθενών θα επισκέπτονταν ξανά το νοσοκομείο και το 97,4% θα σύστηναν το νοσοκομείο σε άλλους ασθενείς για τη διενέργεια στεφανιογραφίας ή/και αγγειοπλαστικής.
Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία ή/και αγγειοπλαστική από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα σε όλες τις παραμέτρους που τις απαρτίζουν. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης μπορούν

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

θανών προγνωστικών δεικτών πρώιμης διάγνωσης και διαστρωμάτωσης κινδύνου σε ασθενείς που εισήχθησαν με διάγνωση MINOCA. Υλικό και Μέθοδος: Σε πολυκεντρική προοπτική μελέτη συμπεριλάβαμε 111 ασθενείς ηλικίας 38-85 ετών, που πλοιρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια MINOCA. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν θεραπεία σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες και υπεβλήθησαν σε CMR εντός 30 ημερών. Οι ασθενείς με μυοκαρδίτιδα αποκλείστηκαν (n=21) και ο υπόλοιπος πληθυσμός χωρίστηκε σε ομάδες TTS (n=38) και non-TTS (n=52) σύμφωνα με την κλινική εκτίμηση και τα απεικονιστικά ευρήματα. Η ομάδα μη-TTS περιλάμβανε τόσο ασθενείς με αληθές MINOCA βάσει ισχαιμικού προτύπου καθυστερημένης ενίσχυσης γαδολινίου (LGE) και ασθενείς με καθαρή CMR («MINOCA άγνωστης αιτιολογίας»). Ως προγνωστικοί δείκτες διερευνήθηκαν παράμετροι μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και του καρδιακού ρυθμού καθώς και κλινικές παράμετροι που χρησιμοποιούνται στα TIMI και GRACE score. **Αποτελέσματα:** Το γυναικείο φύλο (94,7% έναντι 55,8%, $p < 0,001$) και η μεγαλύτερη ηλικία (67 ± 10 έναντι 60 ± 12 , $p = 0,003$) ήταν συχνότερα στην ομάδα TTS. Η «σοβαρή στηθάγχη» που εκφράζεται ως δύο ή περισσότερα επεισόδια στηθάγχης εντός 24ωρου, όπως περιλαμβάνεται στο TIMI score, ήταν σημαντικά συχνότερη στην ομάδα TTS (54,1% έναντι 24%, $p = 0,007$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η «σοβαρή στηθάγχη» (OR, 0,153; CI 95%: 0,039 - 0,605, $p = 0,007$) διατηρεί την προγνωστική της αξία για το TTS ανεξάρτητα από την ηλικία, το ΗΚΓ, τη μέγιστη τροπονίνη, ακόμη και το INTERTAK score. **Συμπεράσματα:** Στην προκαταρκτική μας ανάλυση, η «σοβαρή στηθάγχη» εμφανίστηκε ως ένας ισχυρός και ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της διάγνωσης TTS. Λόγω έλλειψης διαθεσιμότητας της CMR, τα κλινικά εργαλεία, όπως το INTERTAK score παραμένουν χρήσιμα στην καθημερινή πρακτική. Με βάση τα ευρήματά μας, εμπνευσμένα από το TIMI score, η παρουσία «σοβαρής στηθάγχης» θα μπορούσε να ενισχύσει την προγνωστική αξία του INTERTAK score.

ΠΑ178 | Ιστολογική και ανοσοϊστοχημική ανάλυση θρόμβων και συσχέτιση τους με αγγειογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς με STEMI έμφραγμα

Ν. Σταλίκας¹, Σ. Ε. Τζωρακοελευθεράκη², Τρ. Κολέτσα², Ε. Καραγιαννίδης³, Α. Παπάζογλου¹, Β. Αναστασίου¹, Σ. Δάιος¹, Β. Βασιλικός⁴, Α. Ζιάκας¹, Γ. Γιαννακόλας¹, Γ. Γιαννόπουλος⁴

¹ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

² 2. Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ

³ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

⁴ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

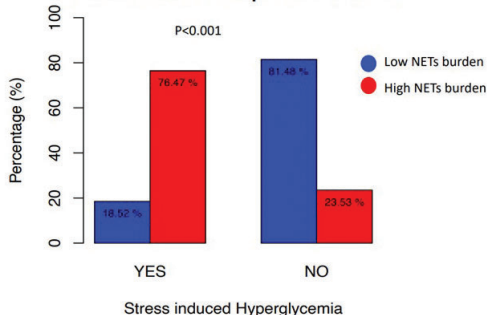
Εισαγωγή Πρόσφατα, αποδείχθηκε η παρουσία των ουδετεροφιλικών εξωκυττάρων δικτύων χρωματίνης (NETs), αποτελούμενων κυρίως από DNA, ιστόνες και κυτταροπλασματικές πρωτεΐνες, στο σημείο της ένοχης βλάβης ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανά-

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

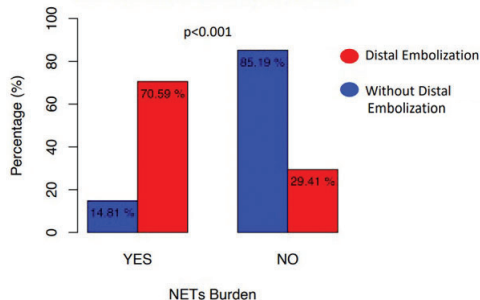
ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

οπαση του ST διαστήματος (STEMI) και αποδείχθηκε η ενεργός συμμετοχή τους στην παθοφυσιολογία της θρόμβωσης και το κλινικό τους αντίκτυπο, καθότι συσχετίζονται με το μέγεθος του εμφράγματος. **Σκοπός** Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση του φορτίου των NETs στους ενδοστεφανιαίους θρόμβους με κλινικά και αγγειογραφικά δεδομένα ασθενών με STEMI που έχουν υποβληθεί σε πρωτογενή αγγειοπλαστική και θρομβοαναρρόφηση. Μέθοδος Πραγματοποιήθηκε θρομβοαναρρόφηση σε 72 ασθενείς με STEMI από ένα σύνολο 336 διαδοχικών ασθενών με STEMI και υψηλό θρομβωτικό φορτίο κατά TIMI (TIMI 4-5). Στους 72 ενδοστεφανιαίους θρόμβους που συλλέχθηκαν, διενεργήθηκε χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης (H&E) και ψηφιακή αποτύπωση/σάρωση των τομών H&E σε μεγέθυνση x400 μέσω ειδικού λογισμικού (Motic Easy Scan One). Υπολογίστηκε το ποσοστό που καταλαμβάνει η επιφάνεια των έμμορφων/εμπύρηνων φλεγμονωδών κυττάρων και η επιφάνεια της αιμοσιδηρίνης, στη συνολική επιφάνεια του θρόμβου, με το υπολογιστικό πρόγραμμα (Image-Pro-Plus). Ακολούθησε λήψη άβαφων τομών, πάχους 3 μm και ανοσοϊστοχημική διερεύνηση των NETs με το αντίσωμα για κιτροουλινοποιημένη ιστόνη 3 (citH3). Ανοσοϊστοχημικό αποτέλεσμα επιτεύχθηκε σε 52 θρόμβους. Υπολογίστηκε το ποσοστό των θετικών NETs στο σύνολο των εμπύρηνων κυττάρων (>10% θεωρήθηκε ως υψηλό φορτίο σε NETs). Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των ιστοπαθολογικών παραμέτρων με τα κλινικά και αγγειογραφικά δεδομένα. **Αποτελέσματα** Η πλειονότητα των περιστατικών αφορούσε πρόσφατους θρόμβους, με μικρή αναλογία σε εμπύρηννα κύτταρα. Ασθενείς με υπεργλυκαιμικό στρες (γλυκόζη νηστείας 8ώρου > mg/dL) είχαν σημαντικά συχνότερα θρόμβο με υψηλό φορτίο σε NETs (Εικόνα 1). Επιπλέον, οι ασθενείς που εμφάνισαν περιφερική εμβολή κατά την πρωτογενή αγγειοπλαστική είχαν σημαντικά συχνότερα θρόμβο με αυξημένο φορτίο NETs ($p < 0.001$, Εικόνα 2). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο φορτίο των NETs και στην εμφάνιση φαινομένου no-reflow ή χειρότερης κατά TIMI ροής κατά τη την PCI. **Συμπεράσματα** Σε ασθενείς με STEMI έμφραγμα, το αυξημένο φορτίο των NETs φαίνεται να σχετίζεται με υπεργλυκαιμικό στρες και με αρνητικές αγγειογραφικές εκβάσεις, όπως περιφερικές εμβολές και συνεπώς με αύξηση του μεγέθους του εμφράγματος, αλλά και των μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Χρηματοδότηση: Η παρούσα μελέτη έλαβε χρηματοδότηση από την Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία στα πλαίσια χρηματοδότησης ερευνητικών πρωτοκόλλων κατά το έτος 2021.

Comparison of NETs burden in thrombi of STEMI patients with SIH



Comparison of NETs Burden and distal embolization occurrence



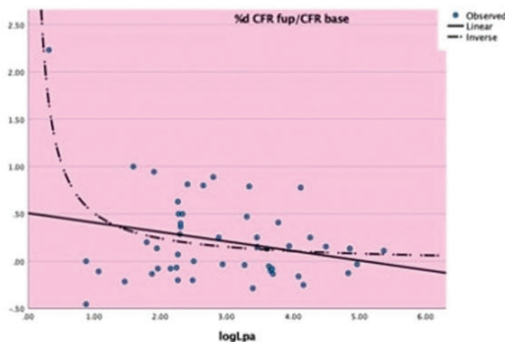
ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 / SATURDAY, OCTOBER 14th 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ CR II / ROOM CR II

ΠΑ179 | Η επίδραση των επιπέδων της Lp(a) στα ευρήματα από τη δυναμική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη και μέτρηση της εφεδρείας ροής του πρόσθιου κατιόντα κλάδου σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαία σύνδρομα
**I. Αρμένης¹, M. E. Ζυματούρα¹, M. Κοντονικά¹, Δ. Τσιάπρας¹,
 Σ. Κυρζόπουλος¹, Γ. Αθανασόπουλος¹**

¹ Γνάσειο, Μονάδα αναιμάκτων διαγνωστικών τεχνικών

Εισαγωγή Η αυξημένη Lp(a) έχει συσχετισθεί με αθηροσκλήρωση και εμφάνιση χρόνιων στεφανιαίων συνδρόμων(CCS). Η δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία δοβουταμίνης (DSE) και η στεφανιαία εφεδρεία ροής (CFR) χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των ασθενών με CCS. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των επιπέδων της Lp(a) και της έκβασης της DSE σε συνδυασμό με μέτρηση CFR στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο -LAD σε ασθενείς με CCS. **Υλικό και μέθοδος** Συμμετείχαν 132 ασθενείς με CCS (ηλικία 59±11 έτη, 18 γυναίκες, 33 διαβητικοί), που υπεβλήθησαν σε DSE και αξιολόγηση CFR LAD. Η κατανομή Lp(a) ήταν θετικά λοξή (διάμεση τιμή 18,6 mg/dL), συνεπώς κανονικοποιήθηκε με λογαριθμικό μετασχηματισμό (logLp(a): 2,9±1,1). Οι ομάδες υψηλού και χαμηλού Lp(a) (Lp(a)H/Lp(a)L: 30/92) ορίστηκαν χρησιμοποιώντας ως όριο τα 50 mg/dL. Εξήντα οκτώ/132 ασθενείς υπεβλήθησαν σε επανεξέταση 98±74 μήνες μετά την αρχική εξέταση. Σε αυτούς εκτιμήθηκαν οι απόλυτες και % μεταβολές (%d) του LAD CFR. **Αποτελέσματα** Οι ασθενείς των δυο ομάδων (Lp(a)H, Lp(a)L) είχαν συγκρίσιμες βασικές παραμέτρους: CFR (2,4±0,5 έναντι 2,4±0,6), %dCFR (0,33±0,7 έναντι 0,35±0,8), κρεατινίνη (0,98±0,18mg/dL έναντι 1,0±0,26mg/dL), HbA1c (5,3±0,9% έναντι 5,3±1,0%) και υψηλής ευαισθησίας CRP (2,8±2,7mg/L έναντι 2,6±2,8mg/L). Η ομάδα ασθενών Lp(a)H είχε χαμηλότερη βασική LDL (93±31mg/dL έναντι 111±50mg/dL p=0,04). Οι ομάδες Lp(a)H και Lp(a)L είχαν επίσης παρόμοια αιμοδυναμική ανταπόκριση κατά το DSE και συγκρίσιμη επίπτωση θετικής DSE. Οι μη διαβητικοί Lp(a)H είχαν τάση για περισσότερη κατανομή ισχαιμίας σε περιοχές μη αρδευόμενες από τον LAD κατά τη DSE (odds ratio=1,8, p=0,07) και μεγαλύτερη συχνότητα προηγούμενης επαναγγείωσης (odds ratio=2,3, p=0,03). Περαιτέρω ομαδοποίηση με βάση τη βέλτιστη θεραπεία βάσει κατευθυντηρίων οδηγιών CCS ως προς τα επίπεδα των λιπιδίων και την αντιπηκτική αγωγή δεν άλλαξαν τα ευρήματα. Ωστόσο, η βελτίωση στο %d



LAD CFR κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης συσχετίστηκε αντιστρόφως με το logLp(a) (εικόνα: R2=0,09 p=0,05). Η τάση αυτή ήταν εμφανής σε περίοδο παρακολούθησης μικρότερη από 100 μήνες. **Συμπέρασμα** Σε ασθενείς με CCS, τα υψηλά επίπεδα Lp(a) απουσία διαβήτη σχετίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ισχαιμίας εκτός LAD στο DSE. Η εξέλιξη του LAD CFR κατά τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση φαίνεται να επηρεάζεται από τις τιμές της Lp(a), αναδεικνύοντας την πιθανή επίδραση των επιπέδων της Lp(a) στο ισχαιμικό φορτίο και τη μικροαγγειακή λειτουργία.